

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1918-1919. — N° 27

ÉTUDE SUR LES RÉSULTATS VRAIS
DES
INTERVENTIONS CONSERVATRICES
dans les Grosses Hydronéphroses

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 mai 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles CARRY

Né à Lyon, le 22 mai 1889.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

H. GABRION, DIRECTEUR, RUE DE LA BARRE, 12

—
1919

ÉTUDE SUR LES RÉSULTATS VRAIS
DES
INTERVENTIONS CONSERVATRICES
dans les Grosses Hydronéphroses

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1918-1919. — N° 27

ÉTUDE SUR LES RÉSULTATS VRAIS
DES
INTERVENTIONS CONSERVATRICES

dans les Grosses Hydronéphroses

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 mai 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



PAR

Charles CARRY

Né à Lyon, le 22 mai 1889.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

H. GARRION, DIRECTEUR, RUE DE LA BARRE, 12

.1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
ROQUE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

	MM.
Cliniques médicales.	TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
	TIXIER.
Cliniques chirurgicales.	BERARD.
	FABRE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLI ET.
Clinique ophtalmologique.	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEPINE (J.).
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	WEILL.
Clinique des maladies des enfants.	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes.	CLUZET.
Physique médicale.	HUGOUNENQ.
Chimie biologique.	MOREL.
Chimie organique et Toxicologie.	MOREAU.
Matière médicale et Botanique.	GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	TESTUT.
Anatomie.	X...
Anatomie générale et Histologie.	DOYON.
Physiologie.	COLLET.
Pathologie interne.	X...
Pathologie et Thérapeutique générales.	PAVIOT.
Anatomie pathologique.	POLLOSSON (M.)
Médecine opératoire.	COURMONT (P.)
Médecine expérimentale et comparée.	ETIENNE MARTIN.
Médecine légale.	X.
Hygiène.	PIC.
Thérapeutique.	FLORENCE.
Pharmacologie.	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agréé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie.	LATARJET,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD,	—
Clinique infantile.	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle.	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BRETIN.	GUILLEMARD.	COTTE.
COMMANDEUR.	LERICHE.	POLICARD.	DUROUX.
NEVEU-LEMAIRE.	THEVENOT (Léon).	GARIN.	BONNAMOUR, char-
LAROYENNE.	TAVERNIER.	SAVY.	gé des fonctions.
VORON.	CADE.	FROMENT.	SARVONAT, id.
NOGIER.	MOURIQUAND.	THEVENOT (Lucien)	CONDAMIN, id.
LATARJET.	ARLOING (F.).	PIÉRY.	SIRAUD, id.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, Président ; VALLAS, Assesseur ;
MM. SIRAUD et THÉVENOT (Léon), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A mon Président de thèse

M. LE PROFESSEUR ROCHET

A MES MAÎTRES

DES HÔPITAUX DE LYON

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention de faire dans ce travail une étude comparée complète de la valeur des différentes interventions proposées pour le traitement des hydronéphroses, mais seulement de tirer quelques déductions pratiques de l'étude des observations que nous avons recueillies. Nous avons trouvé très complètement réunies dans les thèses de Verrière (1899), Gardner (1904), Michel (1912) toutes les opérations conservatrices pour rétentions rénales. Nous avons conservé seulement celles ayant trait aux hydronéphroses congénitales. Nous pensons en effet qu'il faut garder cette classification d'hydronéphroses congénitales et d'hydronéphroses acquises et nous nous sommes efforcés d'attirer l'attention sur les différences profondes qui séparent les unes et les autres dans l'appréciation des résultats opératoires immédiats et surtout éloignés. Nous reproduisons après 1912 les cas publiés dans la littérature médicale et cinq cas inédits dus à l'amabilité de M. le professeur Rochet qui nous a inspiré ce travail et que nous ne saurions trop remercier ici de sa sollicitude pour nous depuis des années.

Nous n'avons pas cru utile pour la clarté des faits de reprendre un long exposé d'anatomie pathologique

et de technique opératoire très étudié dans les précédents travaux de Gardner et de Michel, mais nous désirons seulement attirer l'attention sur les obstacles congénitaux au cours de l'urine qu'il faut supprimer ou contourner par les opérations envisagées, dont nous ne retiendrons que quelques-unes :

L'urétéroplastie ;

L'urétéropyélonéostomie ;

L'anastomose latérale de l'uretère ;

Le redressement de l'uretère prérénal.

Nous insisterons plus particulièrement sur les méthodes d'appréciation des résultats éloignés de ces opérations, sur ces résultats eux-mêmes et les indications opératoires qui en découlent.

Nous demanderons l'indulgence du lecteur. Cette thèse faite après cinq ans de guerre, en un temps fixé malheureusement trop court n'est forcément faite que de grandes lignes qui, nous l'espérons, seront au moins inspirées par l'observation impartiale des faits cliniques et le bon sens.

Nous avons à cœur de témoigner à M. le professeur agrégé Thévenot notre vive reconnaissance ; il a été pour nous dans l'élaboration de ce travail le guide sûr et obligeant.

CHAPITRE PREMIER

Définition.

Les hydronéphroses *congénitales* sont caractérisées par ce fait que l'obstacle au cours de l'urine est d'origine congénitale, ou le rein lui-même siège d'une malformation congénitale. Les hydronéphroses acquises s'opposent aux précédentes et sont dues à des causes variables survenant à tout âge : traumatismes, compressions par des tumeurs, des adhérences des brides, oblitérations par des calculs, rétrécissements inflammatoires, etc..... C'est au caractère congénital de la malformation ou de l'obstacle que les premières de ces poches doivent leur développement lent, progressif, silencieux, dans les premières années de la vie si bien que le plus souvent c'est par leur volume seul, parfois énorme, qu'elles révèlent leur présence. Les secondes surviennent à tout âge avec un cortège de symptômes plus bruyants, véritables crises de rétention aiguë où il sera bien rarement donné de percevoir une tumeur de quelque volume à la palpation la plus minutieuse. Ce ne sont en effet que de simples dilatations du bassin. M. Rochet, dans une discussion à la Société de Chirurgie de Lyon en 1906, insistait déjà sur ces caractères diffé-

rentiels des véritables hydronéphroses ; le type grosse tumeur abdominale liquide avec amincissement considérable et même disparition en certains points du parenchyme rénal et grosse dilatation du bassinnet étendue jusqu'au fond des calices représente l'hydronéphrose congénitale s'opposant à l'hydronéphrose dite *acquise* dans laquelle la dilatation du bassinnet et des calices est beaucoup moins considérable ; cette forme ne reproduit jamais le type de la précédente qui ressemble à un énorme kyste du rein tout entier. MM. Pierre Duval et Grégoire dans leur rapport à l'Association française d'urologie (1906) mettent en relief ces mêmes différences, ils réservent même le nom d'hydronéphrose aux lésions causées par un obstacle congénital ou une malformation, seules causes pour ces auteurs d'hydronéphrose réelle. Les petites dilatations du bassinnet ne méritent que le nom de rétentions aseptiques aiguës. M. Legueu n'admet pas cette distinction, mais les appellations importent peu si l'on a eu soin de noter le fossé profond qui sépare cliniquement, anatomiquement, et surtout au point de vue du pronostic opératoire les hydronéphroses congénitales, c'est à ces dernières que nous limitons notre sujet mettant en relief dans les lignes qui vont suivre qu'à ces poches de causes et de formation différentes ressortent des opérations conservatrices différentes le plus souvent dans leur technique, mais en tout cas profondément divergentes dans leurs résultats éloignés.

CHAPITRE II

Les obstacles congénitaux au cours de l'urine.

Nous ne ferons que rappeler les malformations déterminant l'hydronéphrose du fœtus, cause parfois de distocie : malformations de l'urètre, de la vessie, absence d'uretère, etc., origine d'hydronéphroses souvent bilatérales et incompatibles avec l'existence.

Nous énumérerons les obstacles siégeant sur l'uretère de l'orifice vésical à l'orifice pyélique.

1° *Les abouchements anormaux de la partie inférieure de l'urètre* peuvent se faire dans le canal déférent, la région prostaticque de l'urètre, dans la vessie après un trajet anormalement oblique et long dans la paroi, etc. Ajoutons quelques cas exceptionnels de rétrécissement de la portion vésicale d'un uretère débouchant normalement dans la vessie et nous voyons réalisé par ces différents processus un obstacle, au cours de l'urine, bas situé sur l'uretère il s'ensuit que les portions du conduit situées au-dessus prennent part à la dilatation du bassinnet au point de se confondre dans la poche et de rendre possible une anastomose de celle-ci à la vessie.

2° *Les coutures anormales de l'uretère* sont le fait en général de l'ectopie ou d'un vaisseau anormal.

L'ectopie fixant le rein en une position qui ne correspond plus à sa loge a entraîné l'uretère qui n'obéit que partiellement et dans ses portions juxtapyéliques à ce changement de direction; dans le reste de son étendue il est resté fidèle et adhérent à son trajet normal. Le point de transition est une couture qui devient un rétrécissement fonctionnel, mais anatomiquement, et le cas est fréquent, le calibre de l'uretère reste normal et la perméabilité reparait si la couture est supprimée. (Observation n° 7, M. Rochet). Pareille anomalie se voit fréquemment aussi dans le rein unique, le rein en fer à cheval, etc...

Il est enfin un autre facteur de couture, c'est le vaisseau anormal.

Primitivement, quand au cours de son développement, ce vaisseau soulève l'uretère, secondairement, quand une cause passagère amorce une légère dilatation du bassinet, le vaisseau anormal empêche l'uretère de suivre ce mouvement, crée une couture qui arrête tout ou partie de l'évacuation du bassinet et transforme en définitive et progressive une dilatation passagère.

3° *Les torsions de l'uretère*, réelles, si elles sont dues à l'ectopie, elles ne sont, le plus souvent qu'apparentes.

Elles sont dues à l'inégale extension des parois de l'uretère, la plus longue paraissant s'enrouler autour de la plus courte, comme pivot. Le cathétérisme urétéral préalable et au cours de l'opération est seul juge

de la valeur de cet obstacle où le calibre normal de l'uretère est fréquemment conservé.

4° *Les modifications de calibre de l'uretère.* Oblitérations partielles par des valvules souvent bilatérales, rétrécissements unique ou multiples, imperforations, plus rarement compression par débris embryonnaires; autant d'obstacles justifiant des essais d'urétéroplastie, mais qui sont bien fréquemment impossible à lever ou contourner et conduisent à la néphrectomie (cas de Weller Van Hook, obs. 36).

5° *Les anomalies de l'abouchement pyélique.* — Il faut citer ces anomalies; mais l'impossibilité de les créer chez les animaux et d'en déduire leur rôle pathogénique doit rendre notre appréciation réservée et beaucoup d'auteurs les considèrent comme la conséquence, non comme la cause des lésions: Insertion haute de l'uretère sur le bassin (bassin en cornemuse Bazy) abouchement à angle aigu; valvule au niveau de l'orifice; saillie mamelonnée projetant l'orifice urétéral dans le bassin qui est une malformation congénitale pour les uns, pour Kroiss une conséquence du développement de la poche; sténoses réelles de l'orifice et d'origine congénitale, etc..., toutes ces lésions ont été, à l'origine d'urétéropyélonéostomies, d'anastomoses latérales et d'urétéropyéloplasties.

6° *Malformation congénitale du rein* (M. Rochet). La question d'obstacle n'est pas, du reste, une condition absolue d'hydronéphrose congénitale; pour M. Rochet, il y a des cas où le rein lui-même est l'origine de l'hydronéphrose; hydronéphrose transformant le rein en une vaste poche liquide uni ou pluri-locu-

laire et sans qu'on trouve de malformation de l'uretère : condure, rétrécissements, etc..., ou d'obstacles à l'excrétion de l'urine. « Il faut admettre une malformation originelle de la substance rénale et de ses premières voies d'excrétion » pour expliquer des cas aussi nets et aussi troublants que ceux relatés plus loin (observations n° 32, M. Durand, et n° 34, M. Rochet, Société de Chirurgie de Lyon, in *Lyon Médical*, 1906, page 784).

Dans ces grosses hydronéphroses, on remarque l'intégrité de l'uretère et il faut en déduire que les lésions rénales remontent aux premiers temps de la vie et s'aggravent plus tard pour commander l'intervention quand les reins sont envahis par la dilatation kystique, sans qu'on soit obligé de faire intervenir le mécanisme un peu simpliste de la dilatation derrière un obstacle uretéral qui manque souvent d'ailleurs. L'insertion haute de l'uretère peut très bien n'être parfois qu'une déformation secondaire. La dilatation énorme des calices et du bassinet (observation n° 34) ressortent de l'hydronéphrose, la dégénérescence kystique de la mauvaise conformation originelle du rein. Dans ces cas, il nous paraît qu'aucune opération conservatrice n'est à tenter, elle n'évacuerait qu'un point limité, qu'une poche. Nous reviendrons, du reste, au chapitre des résultats et des indications, sur ce point.

CHAPITRE III

Les opérations conservatrices proposées.

Dans les travaux précédents (1) sur les opérations conservatrices pour rétentions rénales nous trouvons proposées pour des cas très variés sans distinction de leurs causes des opérations fort diverses et nombreuses ; elles ont néanmoins un idéal commun : rétablir le cours de l'urine en remplaçant au point déclive du bassinnet un uretère de calibre normal. Ce sont :

- 1° La section de l'éperon (Trendelenberg).
- 2° Le capitonnage de la poche (Israël).
- 3° La résection orthopédique (Albarran).
- 4° L'uretéroplastie et uretéro-pyéloplastie (Fenger).
- 5° L'uretéro pyélonéostomie et uretéro-néphro-néostomie).
- 6° Le redressement, la fixation de l'uretère pré-rénal avec néphropexie (Rafin).
- 7° L'anastomose latérale (Albarran).
- 8° La néphrocystoanastomose.
- 9° Les opérations combinées.

Nous n'entrerons pas dans un long exposé de

(1) Thèses VERRIÈRE, GARDNER, MICHEL.

technique opératoire de ces différentes interventions. Ce serait tomber dans des redites ; ce travail ayant été très bien fait dans les ouvrages que nous citons (1), et ce n'est pas le but que nous poursuivons dans notre thèse. Mais nous ne retiendrons, de ces opérations, dans l'appréciation de leurs résultats, que celles qui suppriment l'obstacle (uretéroplastie, uretéro-pyélonéostomie, redressement de l'uretère) et celles qui le contourne (anastomose latérale et néphro-cystoanastomose).

Nous estimons, en effet, que la section de l'éperon, le capitonnage et la résection orthopédique ne s'appliquent guère aux grandes hydronéphroses congénitales qu'à titre d'opérations associées et ne deviennent alors qu'un temps complémentaire de l'opération principale, et même ces cas sont trop limités pour que nous ayons pu en tirer des déductions pratiques.

Le capitonnage de la poche et la résection orthopédique, en tant qu'opérations isolées, supposent la perméabilité des voies urinaires, ni l'une ni l'autre de ces opérations ne sauraient donc convenir à lever ou contourner un obstacle congénital sur l'uretère. Si l'on a affaire à une malformation congénitale du rein avec perméabilité de l'uretère, la dégénérescence kystique prenant cet organe dans son entier, on ne voit pas sur quelle portion peut porter le capitonnage ou la résection dont la principale indication est la dégénérescence kystique localisée. Ces

(1) VERRIÈRE, GARDNER, MICHEL. Revue générale : Eliot, *Journal urologie*, 1913.

opérations paraissent avoir été appliquées à des dilata-
tions du bassinet lui-même et non aux tumeurs
liquides du rein en totalité que nous étudions. Les
résultats de ces opérations dans ces cas particuliers
peuvent être *excellents* (1), mais ils ne sauraient
nous satisfaire au point de vue des hydronéphroses
par malformations congénitales.

La section de l'éperon est passible à notre point
de vue spécial d'objections analogues. Elle constitue
une opération très particulière qui fait disparaître
un obstacle secondaire au cours de l'urine, consé-
quence et non pas cause de la dilatation du bassinet.
Le schéma de Fenger, reproduit partout, montre la
formation de cet éperon sous l'influence de la dilata-
tion du bassinet vers le bas. Cette dernière a été au-
paravant amorcée par un obstacle ou une malforma-
tion ; sans cela l'éperon, pas plus que la dilatation,
ne se seraient jamais constitués. La section de l'épe-
ron ne devient une opération complète et intéres-
sante que si l'obstacle, la cause en un mot, de la di-
latation du bassinet, a disparu entre temps, mais le
caractère de fixité des malformations congénitales
ne nous permet pas de supposer leur disparition
spontanée, c'est pourquoi la section de l'éperon ne
peut être appliquée aux hydronéphroses congénitales
qu'à titre de temps complémentaire d'une interven-
tion plus complète.

Dans les opérations combinées nous ne nous arrê-

(1) ALBARRAN (th. de Gardner, p. 194), guérison vérifiée par ca-
thétérisme. — M. GAYET (Société de chirurgie de Lyon, 14 avril
1910). Guérison vérifiée par cathétérisme deux ans après.

terons, pour ces raisons qu'au temps principal de l'opération néostomie, anastomose latérale, etc., et nous les étudierons avec ces opérations, estimant d'ailleurs que le temps complémentaire : plicature, résection, etc., ne saurait influencer défavorablement sur le résultat, bien au contraire.

CHAPITRE IV

Raisons de la conservation :

Méthode d'appréciation des résultats.

La distinction que nous avons établie pour le traitement des rétentions rénales en rétentions acquises et rétentions d'origine congénitale a pu paraître subtile jusqu'à présent, car si les différences anatomiques de ces poches sont évidentes, il est quelquefois plus difficile de les séparer cliniquement. Ce n'est bien souvent qu'au cours de l'opération que le chirurgien pourra affirmer la cause seulement soupçonnée auparavant. Mais à ce moment cette distinction prend toute sa valeur, car si une simple dilatation du bassin est justiciable d'une des opérations énumérées précédemment, c'est par ce point seul qu'elle peut être assimilée aux volumineuses poches de l'hydronéphrose vraie. Gardner et Michel ne font aucune différence entre les unes et les autres au double point de vue de la conservation rénale et de l'appréciation des résultats. Michel dit en particulier : « Ces lésions, qu'elles soient primitives ou secondaires, entravent dans une même mesure l'écoulement d'urine et sont justiciables du même traitement. Nous ne voudrions pas être aussi absolus et nous pensons que

dans beaucoup de cas de rétentions aseptiques aiguës d'origine acquise, l'obstacle n'a eu qu'une durée passagère, il est disparu quand on intervient; l'uretère, son orifice pyélique sont normaux, sinon élargis (Albarran insiste sur la fréquence de cette constatation) c'est donc la distension du bassin et seul qui constitue à ce moment l'obstacle; c'est pourquoi la résection, le capitonnage, la section de l'éperon peuvent être dans ces cas des opérations complètes à succès opératoires immédiats et éloignés. Si l'obstacle, cause première, ne vient pas se reproduire, ce traitement symptomatique suffit; de même on a pu enregistrer des succès avec le cathétérisme répété de l'uretère (Imbert, th. de Verrière) ou la néphropexie simple.

Sans vouloir dire que les opérations intéressant l'uretère devraient être réservées aux obstacles congénitaux, nous croyons cependant que dans beaucoup d'interventions pour hydronéphroses acquises, on a pris pour un obstacle infranchissable ou un rétrécissement serré une simple coudure de l'uretère fixée par des adhérences. Si on avait pris soin de cathétériser l'uretère après l'avoir libéré de toutes ces causes d'étranglement, peut-être n'aurait-on pas fait autant d'opérations plastiques.

Gardner, à l'instigation de M. Albarran, insiste sur la réalité, mais la rareté des sténoses congénitales de l'uretère qui impose la nécessité d'une réfection plastique; et par contre la fréquence des sténoses apparentes a été maintes fois constatée et démontrée par M. Albarran qui a signalé ces faits dès 1894. Ils

sont extrêmement intéressants, car ils permettent de ne pas toucher aux parois de l'uretère et suppriment ainsi le plus gros des aléas opératoires. C'est là une raison de plus en faveur de notre distinction entre rétentions rénales acquises et hydronéphroses congénitales permanentes. En tablant sur les résultats opératoires, sans cette sélection des causes originelles, on assemble des faits qui ne sont nullement comparables. Cela aurait certainement permis, dans les statistiques précédentes, de distraire beaucoup de cas qui ne sont pas en faveur de la méthode conservatrice ; et ces cas auraient constitué un groupe à part, celui des hydronéphroses congénitales.

Pour démontrer la persistance d'une guérison dans ces cas, nous serons extrêmement exigeants.

Hormis le cas de rein unique, nous ne conserverons que les observations mentionnant une guérison ou un échec vérifié. Cette vérification, pour avoir une valeur réelle de guérison, devra être faite par le cathétérisme des uretères, après plusieurs mois ou encore par une constatation de visu, soit au cours d'une nouvelle intervention, soit autopsique. Ces exigences sont justifiées par ce fait, que l'hydronéphrose congénitale évoluait parfois silencieusement avant notre opération ; il n'est pas suffisant de constater une disparition de la tumeur et des douleurs pour parler de guérison, il est de toute évidence qu'il faut vérifier la perméabilité des voies urétérales, sinon rien ne nous empêche de supposer l'atrophie silencieuse du rein comme après la ligature de l'uretère. Les cas d'oblitérations constatées des néostomies sont trop nombreux, les cas de

perméabilité vérifiée trop rares pour qu'on tire déduction des cas de guérisons uniquement cliniques. Si le malade se contente d'une guérison clinique, nous avons le devoir d'être sceptiques et de nous désintéresser d'un résultat qui ne saurait être d'aucun enseignement pour l'avenir. La vérification est de rigueur pour avoir le droit de faire bénéficier nos opérés de demain de l'expérience acquise et nous orienter vers l'opération conservatrice ou la néphrectomie, si celle-ci doit conduire au même résultat.

Il est hors de doute qu'on doit tout essayer pour conserver à l'organisme le plus de tissu rénal possible. (En cas de rein unique, cette loi est sans-exception.) Si peu que sécrète un rein, c'est toujours autant de gagné et admettant, dit « Gardner » que notre traitement conservateur échoue, il vaut mieux essayer de conserver un rein qui ne fonctionnera peut-être pas que d'enlever un rein qui aurait peut-être pu servir. Mais s'il est démontré que dans les cas particuliers qui nous intéressent, ce traitement conservateur est illusoire. Avons-nous le droit de faire subir à notre malade une opération inutile et même dangereuse ? Elle comporte, en effet, comme toute intervention longue et difficile, des chances de mortalité appréciables. Ces chances peuvent être augmentées encore de la nécessité d'une néphrectomie secondaire dont nous verrons les difficultés extrêmes et les dangers dans plusieurs observations.

Sous prétexte qu'il faut légitimer un essai de conservation rénale, on joue sur cet essai toutes les chances que nous venons d'énumérer. C'est là peut-être une

facilité qu'excuse la réaction conservatrice, s'opposant ces dernières années à la néphrectomie trop systématiquement pratiquée autrefois. Nous pensons que, comme tout excès, celui-ci est mauvais dans les deux sens. Si la simple rétention rénale justifie pleinement les aléas opératoires du traitement conservateur, nous croyons qu'avant d'entreprendre ce dernier pour les hydronéphroses vraies, il faut s'éclairer des résultats obtenus jusqu'ici et proportionner au but à atteindre les moyens pour y parvenir. Si la néphrectomie y parvient directement, elle aura du moins l'avantage d'être une opération plus simple dans sa technique et ses suites et d'une mortalité pas plus élevée non plus, à condition, bien entendu, que l'état de l'autre rein ait été bien étudié, et soigneusement apprécié dans sa valeur fonctionnelle. C'est ce que nous apprendra l'étude des résultats éloignés des opérations conservatrices retenues.

CHAPITRE V

Résultats immédiats et éloignés.

1° RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Nous ne ferons qu'effleurer le sujet. Les résultats immédiats d'opérations conservatrices ne sauraient rien faire préjuger de l'avenir des opérés qui seul nous intéresse. Il est certain qu'une intervention bien conduite aura toujours pour effet de vider temporairement la poche et créer un vidage qui peut persister plus ou moins longtemps. Elle donnera aussi une amélioration passagère ou durable. La simple ponction peut donner un résultat équivalent. (Obs. de M. Rochet, n° 37.) Le malade sort de l'hôpital très soulagé, l'état général remonté et même si, à sa sortie, quelques semaines après l'opération un cathétérisme a montré le vidage parfait du bassinot nous ne pouvons pas en conclure la guérison assurée pour l'avenir. Seuls les résultats éloignés démontreront la valeur de notre intervention conservatrice.

2° RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Ces résultats éloignés vérifiés par un des moyens que nous avons indiqués sont très rares.

Nous avons eu quelques difficultés à dégager les

hydronéphroses vraies des simples dilatations du bassinet. Les auteurs ayant fréquemment négligé d'indiquer la cause des malformations hydronéphrotiques et même d'évaluer soit avant, soit pendant l'opération la capacité du bassinet. Nous avons cru commode de grouper les résultats éloignés en trois catégories :

- 1° Les guérisons vérifiées.
- 2° Les échecs vérifiés des procédés opératoires.
- 3° Les échecs indépendants des procédés.

Ce dernier groupe comprend : plusieurs observations, dont deux inédites dues à l'amabilité de M. Rochet et qui démontrent l'impossibilité de pratiquer dans certains cas une opération conservatrice. (Obs. 35-37.)

Nous avons déduit nos conclusions beaucoup moins de l'éloquence des chiffres que de l'interprétation des faits, vu le petit nombre de guérisons vérifiées et d'échecs constatés bien plus nombreux.

Dans une statistique récente, Wœlckerg (*Beiträge zur. clin. chir.*, t. LXXII, p. 779) a relevé 151 cas, plus 4 faits personnels avec résultats malheureux, et cependant l'auteur n'hésite pas à conclure : « toutes
« les opérations plastiques donnent de bons résultats,
« quelle méthode est la meilleure ? On ne peut encore
« le dire, car à chaque cas particulier correspond
« une technique particulière. Il ne faut s'occuper que
« des résultats d'ensemble, les résultats individuels
« ne signifient rien ».

M. Lecène demande avec juste raison d'autres documents pour établir la valeur des procédés plastiques et partager l'enthousiasme de Wœlckerg.

A côté de cela Dorati (Recherches expérimentales, *Journal de l'Académie de Turin*, 1904) conclut au caractère aléatoire et incertain de ces opérations. L'entente s'est faite du moins sur un point. Celui précisément qui est à la base de notre recherche ; la constatation par un moyen scientifique certain des résultats éloignés.

M. Jeanbrau, dans une critique de la thèse de Michel, demande pareille précision.

M. Rochet ajoute : sur cette question des résultats on peut discuter indéfiniment en raison : 1° de leur variabilité ; 2° de la variabilité des moyens de constatations. Ce que nous avons cherché, c'est de fixer l'opinion sur les points suivants :

1° Y a-t-il vraiment des succès définitifs par la méthode conservatrice ?

2° Quelle est la proportion de de ces succès ?

Nous ne voulons répondre à cela que par des *résultats sûrs*, c'est-à-dire répondant aux conditions de vérifications que nous avons indiquées. Quant aux autres (résultats à moitié sûrs) on peut les retenir parce qu'ils sont intéressants, mais il faut cependant les séparer nettement des précédents. Et nous répétons là ce que nous avons déjà dit précédemment ; s'il est démontré qu'il n'y ait pas eu jusqu'à l'heure actuelle des résultats sûrs d'opérations conservatrices ou que ceux-ci soient une rareté, il apparaîtrait bien nettement que dans les grosses hydronéphroses dont nous parlons il est inutile pour le chirurgien de perdre son temps à tenter une intervention conservatrice qui fera subir au malade une opération inutile.

Il n'y aurait même pas à attendre des résultats d'opérations futures par les méthodes actuellement connues, car les opérations conservatrices datent déjà de longues années, et si elles avaient pu donner quelque chose ce serait déjà évident.

Nous ne mettrons en balance que les guérisons vérifiées, comme il a été dit, et les échecs opératoires dûment constatés. Nous laisserons donc systématiquement de côté toutes les *guérisons seulement cliniques*, supposant gratuitement qu'il y a dans ces cas peut-être une part égale de succès et d'insuccès.

Nous n'avons conservé, bien entendu, des observations de guérison et d'échecs vérifiés, que celles se rapportant à des malformations congénitales, et parmi ses dernières, celles où la vérification a été faite suffisamment longtemps après l'opération (trois mois est un minimum bien faible (1) pour prouver quelque chose.

Dans le groupe des urétéroplasties, nous avons relevé, *une seule guérison* vérifiée trois mois après, c'est le cas de Moynihan pour rein unique; le cas de Poppert (*Deut. Med. Woch.*, 1906, n° 38) vérifié par le cathétérisme au moment du départ du malade, ne signifie rien pour l'avenir. A côté de cela nous enregistrons deux échecs (obs. n°s 11 et 12).

Deux autres cas rapportés comme échecs (Fenger, Rapport au Congrès 1900, et Gerster, *Am. Journal of the medical Sc.*, 1897) ne concernent pas des hy-

(1) Exemple : Observation DELBET. Vérification au départ pas à retenir. (*Bull. Soc. chir.*, 1904, p. 260.)

dronéphroses congénitales. Le cas de Hartmann (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1904) vérifié par le séparateur de Luys, et montrant la persistance de rétention, n'infirme ni ne confirme rien, à cause des surprises de la séparation. Les chiffres donnent ici 75 % d'échecs, ils ne seraient donc pas en faveur de la méthode.

Le groupe des anastomoses terminales nous donne trois succès vérifiés (obs. n^{os} 2, 3, 4) sept mois après, six et cinq ans après. Nous ne pouvons retenir les cas de Moynihan (*Brit. méd. Journ.*, p. 1010, 1904), et de Grégoire (*Journ. d'urologie*, 1912, p. 83) parce que vérifiés avec la séparation. A côté de cela, nous avons noté huit échecs (obs. n^{os} 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20), ce qui donne 72 % d'échecs.

Les anastomoses latérales ont donné pour hydro-néphroses congénitales, deux succès vérifiés, l'un d'Albarran (thèse de Gardner, 1904) cinq ans après, l'autre de M. Rochet (obs. n^o 6) deux mois après, et trois échecs (obs. n^{os} 21, 22, 23), par conséquent 60 % de résultats malheureux. Nous ne parlons pas d'un cas de guérison vérifiée de Schloffer, et d'un échec vérifié d'Albarran, ces opérations se rapportant à des pyonéphroses.

Le redressement de l'uretère associé à la néphropexie a donné un bon résultat fonctionnel, résultat vérifié par cathétérisme quatre ans après (obs. n^o 7).

Dans un autre cas de redressement urétéral une constatation autopsique faite deux mois après a permis de noter que le redressement opératoire avait persisté, mais avait été sans effet sur la disparition

de l'hydronéphrose elle-même. Ces résultats sont indiqués du reste de façon plus précise dans les observations correspondantes (obs: 7 et 8).

La néphro-cystoanastomose a donné deux succès, l'un vérifié à l'autopsie trois mois après, l'autre trois ans après (rein unique).

Ni pour le redressement de l'uretère, ni pour la néphro-cystoanastomose nous n'avons recueilli d'observations d'échecs vérifiés.

Il est enfin tout un groupe d'échecs indépendants du procédé opératoire qui se sont traduits par la mort des opérés (complications opératoires, infection, etc.), ou par la néphrectomie d'emblée, néphrectomie qui était commandée par des lésions contre-indiquant tout essai d'opération conservatrice. Ces échecs sont malheureusement très nombreux; nous en avons relevé quatorze pour les lésions congénitales hydronéphrotiques.

Si nous ajoutons ces résultats aux échecs précédents des procédés opératoires, nous voyons noyées dans un grand nombre d'insuccès de conservation, quelques rares guérisons vérifiées, tout au moins en ce qui concerne les uretéroplasties et les anastomoses latérales et terminales.

Une observation de M. Durand (obs. n° 32) attire l'attention sur ce fait, qu'une sonde à demeure laissée dans un uretère de calibre normal et assurant une évacuation certaine, n'a pas empêché la poche pyélique qu'elle drainait de tripler de volume. Le rôle d'obstacle uretéral est, en effet, une rareté dans les hydronéphroses congénitales, et il est illusoire de

s'acharner à supprimer ou à contourner un obstacle qui n'est peut-être pas facteur d'hydronéphrose.

Après cette étude des hydronéphroses congénitales, nous devons nous attendre à l'échec du traitement conservateur qui peut réussir dans les simples dilatations légères du bassin.

Et fort justement, M. Durand, d'accord avec M. le Professeur Rochet, affirmait déjà, en 1906, à la Société de Chirurgie de Lyon : « ces énormes reins polikystiques et multiloculaires sont-ils drainés efficacement en changeant l'attache de l'uretère au bassin ? » Evidemment non ; l'anastomose draine la poche adjacente, la poche la plus voisine même si l'on veut, que fera-t-elle contre les autres qui ne communiquent pas avec celle-ci et dans lesquelles se perpétuera la rétention de l'urine secrétée par le rein et par lesquelles s'alimentera toujours la fistule. »

Nous en déduisons un enseignement pratique important. Dans ces grosses poches, la question du fonctionnement de l'uretère n'est plus rien, il ne faut pas s'attarder aux opérations conservatrices et faire la néphrectomie d'emblée.

Cette néphrectomie primitive (nous le voyons dans beaucoup d'observations, n° 36 et 37) est infiniment plus simple, plus bénigne surtout que la néphrectomie secondaire à laquelle on est toujours conduit après ces essais malheureux de traitements conservateurs.

L'opération conservatrice tire ses indications de nécessité absolue, en cas de rein unique ou rein adelphe déficient, ces indications de choix dans quelques cas

bien spéciaux qui justifient un essai de conservation rénale.

Ce serait les cas à *poche unique* où l'on aurait mis en évidence un *obstacle facile à supprimer ou à contourner et facteur unique et réel* d'hydronéphrose. On conçoit que ce soit là une réunion exceptionnelle de conditions qui devaient exister cependant dans les quelques guérisons vérifiées que nous avons rapportées.

OBSERVATIONS DE RÉSULTATS VÉRIFIÉS, LES UNS BONS, LES AUTRES MÉDIOCRES OU INCOMPLETS

1° **Urétéroplasties**, un cas :

Observation I, MOYNIHAN. Rein unique. Vérifiée seulement trois mois après l'opération.

2° **Urétéropyélonéostomies** (anastomoses terminales), trois cas :

Observation II, KUSTER. Rein unique. Vérifiée cinq ans après.

Observation III, NYCOLAYSEN. Cathétérisme sept mois après.

Observation IV, BAZY. Cathétérisme six ans après.

3° **Anastomoses latérales**, deux cas :

Observation V, ALBARRAN. Cathétérisme cinq ans après.

Observation VI, M. ROCHET. Cathétérisme deux mois après.

4° **Redressement de l'uretère et fixation**, deux cas :

Observation VII, M. ROCHET. Cathétérisme quatre ans après.

Observation VIII, M. ROCHET. Cathétérisme deux mois après, autopsie huit mois après.

5° **Néphrocysto-anastomoses**, deux cas :

Observation IX, POZZA. Autopsie trois mois après.

Observation X, SCHLOFFER. Rein unique. Guérison vérifiée deux ans et demi après.

OBSERVATION I

**Urétéro-pyéloplastie. Rein unique. Guérison vérifiée
trois mois après l'opération.**

MOYNIHAN (In *British med. Journal*, 30 avril 1904, p 1011.)

Femme 21 ans. Hydronéphrose depuis 1902, côté gauche.

20 avril 1903. Incision lombaire, grosse distension du bassin et du rein. L'aspiration retire 32 onces de liquide clair. Du côté interne l'uretère, de calibre normal, adhère très fortement à la paroi du bassin. Libération. Incision longitudinale de l'uretère fortement épaissi et prolongement de l'incision en haut sur le bassin. L'épaississement du haut de l'uretère est dû à un éperon proéminent et dur qui s'est formé à la jonction de l'uretère et du bassin. Prolongation de l'incision jusqu'à section complète de la valve. Suture transversale. Petit drain intrarénal. Pendant neuf jours, toute l'urine passe par la plaie lombaire, pas une goutte par la vessie (rein unique), puis le tube est enlevé et guérison rapide.

En juillet 1903, le rein unique fonctionne parfaitement.

OBSERVATION II

**Urétéro-pyélo-néostomie. Rein unique. Guérison vérifiée
cinq ans après.**

KÜSTER. (*Archiv. f. Klin. Chir.* Bd 44, S. 850.)

Garçon 13 ans. Néphrostomie 28 juin 1889 pour hydronéphrose gauche, rein unique, fistule consécutive. Küster (9 juin 1891) fend la fistule, mais ne peut pénétrer dans l'uretère.

14 juillet 1891. Opération extrapéritonéale. Incision oblique flanc gauche, incision de la poche; l'uretère remonté sur la paroi postérieure de celle-ci est incisé; cathétérisme; on est arrêté à 2 centim. au-dessous de la poche.

par un rétrécissement infranchissable. Résection de l'uretère jusqu'à ce point. Abouchement à la poche au point déclive de l'uretère agrandi à son nouvel orifice par une incision latérale de 1 centimètre. Sutures de la poche à sa partie inférieure. Sutures des téguments. Après l'opération de l'urine s'écoule par l'uretère, quatre mois après, 100 centimètres cubes d'urine par jour par l'urètre ; fistule persistante.

6 novembre. Intervention : fermeture de la fistule ; à partir de ce moment, 1300 centimètres cubes d'urine s'écoulent par jour par l'urètre. Un an après, état excellent. Urine acide légèrement trouble, très albumineuse.

Mai 1904 Gardner (th. de Paris) reçoit de Küster des nouvelles de l'opéré, qui va bien et travaille aux champs.

OBSERVATION III

Urétéro-pyélo-néostomie. Guérison vérifiée sept mois après par le cathétérisme.

NYCOLAYSEN. (*Cent. f. Chir.* 1905, n° 4.)

Hydronéphrose intermittente droite. A l'opération on trouve un rétrécissement très serré au niveau du premier centimètre de l'uretère. Urétéropyélonéostomie d'après Küster. Guérison. Sept mois après l'opération un cathétérisme des uretères montre que l'urine du côté non sténosé qui avant l'opération contenait des globules blancs et rouges, est claire ; celle du rein hydronéphrotique contient encore des cylindres et de l'albumine.

OBSERVATION IV

Urétéro-pyélo-néostomie. Guérison vérifiée six ans après par le cathétérisme.

BAZY. (*Annales maladies des org. gén. urinaires*, 1906, p. 1488.)

Jeune fille 9 ans. Entrée le 29 octobre 1904. Depuis deux ans a déjà présenté au moins quinze crises. Ces crises débutaient par des vomissements accompagnées de violentes douleurs

au niveau de l'hypocondre gauche. A la palpation on ne percevait aucune tuméfaction pendant les premières crises.

A partir d'avril 1904, les crises semblent revenir plus fréquemment. A partir de cette époque, au moment de chaque crise apparaît une tuméfaction dans le flanc gauche, visible par la simple inspection, car elle fait une saillie légèrement appréciable sous le rebord costal gauche, en dehors de l'ombilic.

A la palpation la tuméfaction est très douloureuse.

27 octobre. Brusquement violente douleur dans le flanc gauche avec vomissements ; la peau se couvre de sueurs, la tuméfaction apparaît aussitôt. Le lendemain matin : urines 80 grammes.

A l'examen on voit alors une saillie sous le rebord costal gauche atteignant la ligne médiane, descendant jusqu'au niveau de l'ombilic. Cette tumeur est arrondie, du volume du poing ; la palpation est douloureuse.

Le 30 octobre, la tumeur, qui existait encore la veille, avait disparu et la petite malade avait uriné 410 grammes.

3 novembre. Opération. Incision de 12 centimètres environ sur le bord externe du grand droit. L'abdomen ouvert, on écarte le côlon en dedans et l'on arrive sur le péritoine postérieur qu'on incise ainsi que l'aponévrose prérénale. Bassinet dilaté à peu près du volume d'un gros œuf de pigeon. Par ponction on retire 27 centimètres cubes de liquide. Le bassinet est épais. Après de longues recherches on trouve l'uretère qui passe en arrière des vaisseaux qui se rendent au pôle inférieur du rein. Son orifice se trouve au niveau de l'équateur du rein laissant au-dessous de lui une partie étendue du bassinet. On introduit un stylet dans l'uretère et tout le long de ce stylet on incise le conduit sur une longueur de 3 centimètres environ. L'orifice nouveau de l'uretère se trouve être, semble-t-il, au niveau de la partie inférieure du rein. On suture alors la muqueuse de l'uretère à celle du bassinet par sept points de suture au catgut. On résèque environ la moitié du bassinet et on le ferme par un surjet au catgut sur lequel on met un nouveau surjet comprenant l'aponévrose périrénale. On suture ensuite l'aponévrose et le péritoine ; drain dans la loge et

suture à trois plans. L'enfant, dans la nuit qui suit l'opération, se lève et va se promener dans le pavillon. Hématurie le 4 et le 5 nov. Après plusieurs jours de fièvre, accompagnée de douleurs et d'empâtement lombaire, chute de la température. Les douleurs et le gonflement étaient dus à la rétention du sang dans le bassin.

17 novembre L'urine s'éclaircit, état satisfaisant.

21 novembre. Plaie opératoire complètement cicatrisée. La quantité d'urine en vingt-quatre heures atteint 1.350 grammes.

26 novembre. Sortie, guérison.

Bazy a revu son opéré en décembre 1910 (Société de chirurgie, 27 juillet 1911) et a constaté par le cathétérisme urétéral le parfait fonctionnement de l'anastomose.

OBSERVATION V

Anastomose latérale de l'uretère. Guérison vérifiée cinq ans après par cathétérisme urétéral.

ALBARRAN. (Gardner, th. de Paris, 1914.)

Couturière 21 ans, entre à Necker le 12 juin 1899. Depuis 1895 douleurs lombaires droites survenant par crises. Au début, ces crises duraient environ quarante-huit heures, puis elles sont devenues plus fréquentes, plus intenses et plus longues, durant jusqu'à une semaine entière. Pendant les crises vomissements bilieux abondants. Urines toujours claires à l'émission, dit la malade, mais se troublant rapidement et déposant une couche assez épaisse de pus. A l'entrée rein droit volumineux, cathétérisme urétéral du côté droit; la sonde laissée en place vingt-quatre heures ne donne rien.

29 juin 1893. Anastomose latérale de l'uretère, cathétérisme cystoscopique, préalable-technique habituelle. Drainage du rein par l'uretère et par la plaie lombaire. Deux drains dans la loge rétro-rénale. La sonde urétérale changée tous les huit jours est laissée à demeure pendant un mois; elle donne de l'urine fortement chargée de grumeaux puru-

lents. Au bout d'un mois, la plaie lombaire étant fermée, on enlève la sonde urétérale ; la malade recommence à souffrir, fièvre. Au bout de trois jours, l'urine mélangée à du pus sort par la plaie lombaire qui s'est rouverte. La sonde à demeure est remise du 1^{er} août au 1^{er} septembre. La fistule se ferme.

12 septembre. La malade sort, ne souffrant plus, urines claires avec quelques flocons de pus.

Juin 1904. La malade est revue, elle n'a plus souffert. Après les fatigues ses urines contiennent davantage de pus. Au moment des règles elle a fréquemment une sensation de pesanteur dans le rein droit. Le cathétérisme urétéral montre un bassinnet complètement vide. Le rein fonctionne moins bien qu'un rein normal, mais cependant dans des conditions régulières de sécrétion et d'excrétion.

OBSERVATION VI (inédite)

Anastomose latérale. Résultat vérifié par le cathétérisme urétéral deux mois après, et paraissant bon ; mais plus tard des accidents de rétention rénale ont réapparu.

M. le Professeur ROCHET.

H..., femme 26 ans, rien de particulier dans les antécédents, souffre depuis l'âge de 11 ans de douleurs très intermittentes dans le rein droit, mais qui se sont beaucoup accentuées depuis quelques années ; elles reviennent presque tous les dix-quinze jours, durent environ quatre heures, s'accompagnent de gonflement notable du côté, sensation de plénitude et de malaise général indéfinissable. Après la crise, polyurie abondante ; à l'examen, en dehors d'une crise, on ne sent pas grand'chose du côté des reins, même du côté du rein droit. On place la malade en observation dans le service pour l'examiner pendant une crise, et au moment de celle-ci on note un gonflement notable de la région rénale droite, gonflement qui donne la sensation d'une poche rénitente.

Les urines sont claires sans albumine.

La radiographie des reins est négative, l'inoculation de l'urine au cobaye aussi.

A la cystoscopie, en dehors d'une crise, le rein droit donne au cathétérisme urétéral un résidu pyélique assez abondant : 60 à 80 grammes. On ne sent pas d'obstacle sur le trajet de l'uretère droit. Rien de particulier au cathétérisme du rein gauche, si ce n'est qu'il donne lui-même une sécrétion rapide et très aqueuse. La teneur des urines du rein droit est :

Urée	8 grammes.
Chlorure	9 grammes.

Rein gauche :

Urée	5 gr. 70.
Chlorure	11 gr. 50.

Pas d'albumine dans les deux urines. Il n'y a jamais eu d'hématuries.

Intervention en janvier 1917.

Rein droit petit, difficile à atteindre, coudé sur lui-même comme si les deux pôles avaient été rapprochés de force sur le côté interne du rein.

Bassinets volumineux, dimension d'un poing d'enfant et surmonté du parenchyme rénal très atrophié dans son épaisseur.

L'uretère est petit, se coude à angle aigu dès son origine, s'accolle alors à la face inférieure du bassinet dans l'étendue de 4 à 5 centimètres, puis reprend sa direction vers les lombes après un nouveau coude. Cette disposition paraît favorable à une anastomose entre la partie descendante de l'anse urétérale et le point déclive du bassinet. On pratique cette anastomose par une fente assez large et de 1 cent. 1/2 de long. Un seul plan de sutures à la soie fine, petit drain laissé au contact de l'anastomose et ressortant par la plaie lombaire.

L'opération a été très bien supportée, le premier jour 700 grammes d'urines claires, pas de température, de même les jours suivants. La plaie est complètement fermée, sans fistule après quinze jours.

28 janvier. Le rein opéré resté perceptible pendant deux ou trois jours après l'opération diminue rapidement et progressivement de volume. Dès le dixième jour le taux général de l'urine totale est remonté à 1800 et se main-

tient environ à ce chiffre jusqu'à la sortie de la malade en mars.

Les crises et les douleurs ont complètement disparues. A la sortie de la malade, le 5 mars, un cathétérisme du rein opéré montre un orifice urétéral droit très petit presque punctiforme. On passe une sonde qui entre facilement jusqu'au rein et ne donne presque pas de liquide : donc pas de rétention dans le bassinet ; le rein cependant senti à la palpation n'est ni tendu, ni douloureux.

En décembre 1917, presque un an après l'opération on refait un cathétérisme, mais on ne peut introduire la sonde dans l'uretère droit qu'au delà de trois à quatre centimètres à partir de l'orifice. On n'a pas la sensation que la sonde est arrêtée par un obstacle ; mais l'onglet du cystoscope fonctionne mal et ne permet pas de couder suffisamment la sonde qui doit piquer l'uretère.

Le rein droit est cependant plus gros qu'à la sortie de la malade, mais toujours ni tendu, ni douloureux.

La malade a été revue vers juin 1918 ; elle a eu tout dernièrement une crise d'appendicite, du moins qualifiée telle par le médecin qui l'a vue, avec grosse réaction péritonéale subite, douleur brusque extrêmement vive dans le flanc droit et qui a cédé, après ces symptômes péritonéaux assez accentués, au bout de huit jours. M. Rochet qui revit la malade à ce moment-là ne sentit plus du tout le rein droit et pensa que ce n'était peut-être pas une appendicite et que la crise pouvait s'expliquer par la reproduction de l'hydronéphrose sous forte tension avec rupture spontanée. C'est là du reste une simple hypothèse.

On proposa à la malade un nouveau cathétérisme, mais cette dernière s'étant mariée, a quitté Lyon et n'a plus été revue.

Il serait intéressant de savoir les suites après un nouvel examen ; on recherchera la malade et on donnera le renseignement quand on sera en sa possession.

Ce résultat donc, malgré le cathétérisme très satisfaisant de mars, ne peut pas être considéré comme définitif en raison de la crise suspecte un an après l'opération.

OBSERVATION VII (inédite)

Redressement de l'uretère et néphropexie. Résultat vérifié par le cathétérisme quatre ans après, bon mais incomplet.

M. le Professeur ROCHET.

C , femme 46 ans, souffre depuis de longues années de rétention rénale intermittente dans le rein droit avec crises de pollakiurie intense et tellement répétées que la malade finit par coucher avec un urinal entre les jambes. Même, pendant le jour, parfois elle est obligée de rester dans cette attitude. En dehors des crises pollakiurie presque continuelle. Elle avait tous les mois ou les deux mois des accès de douleurs très violentes dans le rein droit, avec pâleur, nausées, etc. . . . La vie devenait intolérable. On avait successivement pensé à la tuberculose, les urines étant un peu troubles, à la lithiase rénale, mais la radiographie et l'inauculation du cobaye avaient fait éliminer ces maladies. Quand M. Rochet vit cette malade amenée par M. le Dr Reynard, la cystoscopie montrait un orifice urétéral droit environné de petites boules oedémateuses rendant le cathétérisme très difficile. Quand on réussit à passer une sonde on trouva une rétention rénale de plus de cent grammes dans le bassinet avec urines légèrement infectées de ce côté. Le rein correspondant était, du reste, gros à la palpation et semblait prolabé en même temps, son pôle inférieur descendait jusqu'au voisinage de l'ombilic.

Le rein opposé donnait une urine normale, traduisant une bonne valeur fonctionnelle. Le rein droit, lui-même, avait conservé une valeur fonctionnelle presque équivalente à celle du côté opposé, malgré la durée des accidents depuis plusieurs années.

La malade, mère de famille et un peu craintive, préféra être traitée par une opération conservatrice quoiqu'on lui fit entrevoir une guérison plus sûre par la néphrectomie. On essaya, tout d'abord, un sondage à demeure de l'uretère du côté droit pendant trois ou quatre jours. Cette méthode ne donna absolument rien, si ce n'est une aggravation des dou-

leurs du côté droit pendant quinze jours après l'application de la sonde. La malade fut peut-être un peu soulagée de sa pollakiurie, mais les grandes crises revinrent comme par le passé.

On tenta alors, en juin 1915, une opération conservatrice. On trouva un rein paraissant peu déformé, comme parenchyme, sans grosses bosselures, mais réduit à une faible épaisseur autour d'une tumeur liquide qui représentait bien un volume de deux poings et à la périphérie de laquelle le parenchyme rénal était comme tassé.

Du côté de l'uretère on voyait, une fois le rein extériorisé, un conduit de volume assez gros pas atrophié, pas adhérent au bassinnet, mais présentant de suite, après sa naissance, une série de flexuosités à grandes anses (trois anses superposées) et maintenues telles par de la périurétérite fibreuse. Le rein en totalité était bien abaissé et le pôle supérieur à peine caché par la loge costale.

Ne voyant pas de signe de rétrécissement proprement dit de l'uretère, à cause de la conservation apparente de son calibre normal, ne le trouvant pas accolé au bassinnet, ce qui aurait été une indication d'anastomose, on fit deux choses :

1^o Dégager les flexuosités de la périurétérite qui les maintenait et enserrait.

2^o Remonter le rein dans sa loge sous-costale et le fixer par la néphropexie dans sa nouvelle position. (On le fixe, en particulier, solidement à la dernière côte.)

Une fois l'uretère libéré de sa périurétérite, le rein remonté et fixé dans sa loge, on vit que l'uretère, remonté avec le rein, avait pris une direction à peu près rectiligne et que les flexuosités avaient presque complètement disparues.

Le résultat de l'opération fut très satisfaisant. Les grosses crises mensuelles disparaissent complètement, la pollakiurie et à peu près les douleurs le long de l'uretère; la malade, qui était une infirme, ne sortant plus de sa chambre et même de son lit depuis deux ou trois ans, va et vient, a repris une existence normale. De temps en temps, quand elle se fatigue, quelques douleurs reviennent dans le rein et le long de l'uretère, mais elles ne durent pas et un simple repos les fait disparaître. L'état général s'est transformé aussi : d'une ma-

lade pâle, amaigrie, elle est devenue une femme d'apparence très satisfaisante.

Le rein opéré, resté longtemps sensible à la palpation est actuellement insensible, bien fixé dans sa loge, quoique plus bas que le rein du côté opposé.

Revue le 13 mars 1919, cette malade a donné à la cystoscopie les résultats suivants :

Urines totales :

Uurée	11 grammes.
Chlorure	8 —

Urines du rein droit opéré :

Urée	4 gr. 30.
Chlorure	4 gr. 40.

toujours un peu de rétention pyélique, la sonde a ramené 40 grammes d'urine de rétention.

Au point de vue des douleurs, de l'état général, etc., la transformation, à la suite du redressement urétéral et de la néphropexie a été remarquable, c'est un changement complet d'état : l'évacuation rénale, bien que persiste le léger degré de rétention pyélique signalé, n'a rien de comparable à l'état ancien, mais le résultat n'est pas complet et l'avenir est à réserver.

OBSERVATION VIII (inédite)

Redressement de l'uretère et libération. Résultat vérifié par un cathétérisme deux mois après et par l'autopsie huit mois après.

M. le Professeur ROCHET.

Ch....., femme 54 ans, entre à l'hôpital pour des douleurs de plus en plus vives du rein gauche ; douleurs presque constantes mais s'accompagnant de crises beaucoup plus fortes par moment et pollakiurie intense. Ces accidents remontent à plusieurs années, mais la malade, pas très intelligente, ne peut donner de renseignements précis sur le début de sa maladie.

L'examen du rein gauche montre une masse considérable

du volume de deux poings, variable suivant certaines périodes.

La radiographie et l'inoculation au cobaye sont négatives.

A la cystoscopie, on constate du côté droit un orifice urétéral normal où la sonde pénètre facilement et donne une urine simplement opaline. A gauche, la sonde franchit à sept ou huit centimètres au-dessous du rein deux obstacles ou deux ressauts assez serrés avant d'arriver au bassinnet.

Les urines sont nettement troubles de ce côté, contiennent quelques polynucléaires, cocci et cocobacilles assez nombreux.

La malade ne voulant pas être opérée quitte le service.

Elle rentre en janvier 1917 pour des douleurs de plus en plus vives dans le côté gauche, le rein gauche très augmenté de volume est abaissé, globuleux et paraît en voie de suppuration.

Une nouvelle cystoscopie donne les mêmes constatations qu'en 1915, les urines droites sont un peu louches, avec un petit disque d'albumine, les urines gauches contiennent beaucoup de globules de pus ; la valeur fonctionnelle du rein droit paraît mauvaise :

Urée 6 gr. 60 par litre.

Chlorure 3 grammes.

Rein gauche, valeur fonctionnelle, franchement mauvaise :

Urée 1 gramme.

Chlorure 1 gr. 20.

La malade s'améliore par le repos et le séjour à l'hôpital, mais ne veut pas d'opération et demande sa sortie.

Elle rentre une troisième fois en février 1918.

Elle souffre alors des deux reins et, toujours, surtout du gauche. Le rein gauche semble avoir infecté son congénère, il s'agit de moins en moins d'une opération radicale, étant donné que le rein droit est malade à son tour. On propose alors une intervention palliative sur le rein gauche.

Cette opération permet de trouver un rein en état de distension très marqué avec un uretère très flexueux ; au-dessous du bassinnet et des flexuosités adhérentes et fixées par de

la périurétérite cet uretère est plus gros que normalement (dimension d'une grosse plume d'oie). Le rein ne paraissant pas suppuré et étant donné le mauvais état général de la malade, on se borne à essayer le redressement de l'uretère pour favoriser la descente de l'urine; les flexuosités sont dégagées au mieux et libérées de leur adhérence périphérique. On borne là l'opération. La malade fut après très soulagée du côté gauche. Le rein était beaucoup moins tendu qu'auparavant, semblait se vider mieux. La cystoscopie, deux mois après, montre que la sonde passe facilement du côté gauche, tandis qu'auparavant elle butait avant le bassinnet, la libération a facilité considérablement, semble-t-il, le cathétérisme. L'urine est nettement pyurique.

Après quelques mois la malade reprit de nouveau des douleurs vives du côté gauche, une néphrotomie de ce côté la soulagea et une fistule uropurulente s'établit. En octobre 1918, la malade qui allait mieux fut prise d'accidents urémiques et mourut assez rapidement.

Autopsie. Lésions très intéressantes :

Le rein droit, resté longtemps sain, avait fini par s'infecter à son tour et présentait des abcès multiples. C'est même probablement lui qui fut cause de la mort par arrêt de rôle compensateur.

Le rein gauche, dont on avait libéré l'uretère, présentait le type d'hydronéphrose suppurée de date très ancienne avec disparition presque absolue du parenchyme rénal. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que l'uretère dont on avait libéré les flexuosités avait une direction presque rectiligne et ne présentait aucun obstacle au cathétérisme.

Nous attirons l'attention sur les points suivants :

1° L'hydronéphrose ancienne du rein gauche s'est infectée peu à peu et aboutit à une uropyonéphrose;

2° L'uropyonéphrose a retenti, à la longue, sur le rein opposé, l'a infecté et finalement l'a empêché de fournir son rôle compensateur nécessaire à la vie de la malade ;

3° L'opération conservatrice tentée sur le rein gauche pour l'évacuer, car il se vidait mal, avait dû être bornée à un redressement urétéral en raison de l'état des deux reins qui contre-indiquait toute opération grave;

4° Ce redressement avait très bien tenu, comme le montra la nécropsie, mais ne servit à rien, étant donné la suppuration survenue dans les deux reins.

OBSERVATION IX

Néphro-cysto-anastomose. Guérison vérifiée par autopsie trois mois après.

POZZA. (*La Clinica chir.*, 1902, n° 12.)

Jeune fille 14 ans. Présente une tumeur élastique, fluctuante, immobile, occupant l'abdomen jusqu'au pubis. Laparotomie : on trouve une très volumineuse tumeur hydro-néphrotique. Evacuation et marsupialisation de la poche. Le rein malade était au niveau de la deuxième lombaire et en partie adhérent. Guérison de la plaie. Par la fistule, il s'écoule une grande quantité de liquide.

Pour prévenir une infection de la poche, la vessie, incisée à son sommet, après ouverture du ventre, fut suturée à la soie aux lèvres d'une incision faite à la poche. Du liquide injecté par l'urètre alla jusque dans le sac hydro-néphrotique. Suture de la paroi. La fistule se ferma peu à peu ; la lésion rénale était complètement guérie lorsque la malade mourut trois mois plus tard de tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie, on put vérifier le bon résultat de l'anastomose.

OBSERVATION X

Néphrostomie. Rein unique. Néphro-cystoanastomose. Guérison vérifiée deux ans et demi après.

SCHLOFFER. (*Wien. Klin. Wochensch.*, 1906, n° 50.)

Femme 30 ans. Il y a dix ans traumatisme dans le flanc droit, à la suite duquel hématurie ; plus tard, apparition de douleurs. Depuis quatre ans, tumeur dans la moitié droite de l'abdomen ; en même temps douleurs et troubles dans la miction. A l'entrée, tumeur entre les fausses côtes droites

et la symphyse atteignant la ligne médiane. Fluctuation, urine claire, amaigrissement prononcé.

25 mai 1905. Néphrostomie transpéritonéale, à droite de la ligne médiane. Enorme hydronéphrose. Incision du sac sur sa face antérieure. Il s'écoule cinq à sept litres de liquide clair. On ne peut pas trouver l'orifice de l'uretère par l'intérieur du rein. Incision de l'uretère; une sonde très mince, poussée vers le haut, pénètre facilement dans le bassinet; on trouve alors l'orifice urétéral siégeant sur une proéminence en forme de cône. L'uretère s'insère haut sur le bassinet, à angle aigu, et est soudé, sur quelques millimètres, avec la paroi du bassinet. Incision de l'orifice jusqu'à 1 centimètre et demi plus bas dans l'uretère, et suture en V de la muqueuse. Suture de l'incision urétérale située plus bas. Cathétérisme de l'uretère avec une sonde Nèlaton n° 10 qui, près de la vessie, est arrêtée par un obstacle. Du liquide injecté coule cependant sans difficulté dans la vessie. Résection d'une partie de la paroi du sac et abouchement de cet orifice à la paroi abdominale. Cet orifice correspond à la partie la plus déclive de la poche.

Après l'opération, *toute l'urine s'écoule par la fistule, pas une goutte ne passe par la vessie* (rein unique), fièvre, urine purulente.

16 juillet. Cathétérisme des deux uretères; à droite, sur 15 centimètres; à gauche, sur 8 centimètres. L'urine ne s'écoule d'aucun des deux. La malade se rétablit, l'urine devient de nouveau claire.

9 décembre 1905. Deuxième opération. A cause du mauvais état général de la malade et des difficultés qu'occasionnent les nouvelles adhérences pour la recherche de l'uretère, on fait une anastomose de trois doigts de largeur entre le pôle inférieur de la poche et la vessie.

14 février 1906. La malade est guérie. Urine, 1800 cent. cubes. Pas de douleurs du côté du rein opéré.

En mars 1908, la guérison persiste (Kroiss). Lors de la deuxième opération, on ne sentit rien du tout à la place du rein gauche; il n'y en avait donc point.

OBSERVATIONS D'ÉCHECS VÉRIFIÉS DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

1° **Urétéro-plasties**, deux cas :

Observation XI, MOYNIHAN. Échec vérifié trois semaines après.

Observation XII, KROGIUS. Fistule persistante

2° **Urétéro-pyélo-néostomies**, huit cas :

Observation XIII, MORRIS. Néphrectomie immédiate.

Observation XIV, WÖELKER. Néphrectomie un an après.

Observation XV, TUFFIER. Néphrectomie cinq mois après.

Observation XVI, ROCHET. Néphrectomie quelques mois après.

Observation XVII, RIEDEL. Néphrectomie deux mois après.

Observation XVIII, RIEDEL. Néphrectomie trois semaines après.

Observation XIX, WÖELKER. Cathétérisme un an après, pas d'urine.

Observation XX, BARDENHEUER. Fistule persistante six mois après.

3° **Anastomoses latérales**, trois cas :

Observation XXI, ALBARRAN. Néphrectomie trois mois après.

Observation XXII, ALBARRAN. Fistule urinaire persistante un an et demi après.

Observation XXIII, MARION. Néphrectomie secondaire.

OBSERVATION XI

Urétéro-pyéloplastie. Echec : trois semaines après la tumeur se reforme. Urétéro-pyélonéostomie. Guérison clinique.

MOYNIHAN. (*British. med. Journ.*, p. 1010, 1904.)

Femme 19 ans. Hydronéphrose permanente droite, augmentant constamment de volume depuis un mois.

6 octobre 1902. Opération. Incision lombaire oblique. Bassinet très distendu, d'où on aspire 27 onces de liquide. L'uretère, de dimensions normales, s'ouvre à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du bassinnet. Libération de l'uretère à 12 millimètres environ au-dessous du rétrécissement et une fine bougie est poussée dans celui-ci, mais ne peut le franchir. Alors division du rétrécissement par l'extérieur du bassinnet et l'incision est prolongée en haut sur le bassinnet jusqu'à ce que sa longueur totale soit d'environ 5 centimètres. Suture transversale par points non perforants. Avant cette suture, cathétérisme rétrograde de l'uretère. Néphropexie, afin que l'uretère parte du point déclive. Guérison simple, mais trois semaines après, la tumeur se reforme.

24 novembre. Nouvelle intervention (urétéro-pyélonéostomie qui par la suite aurait amené une guérison persistante, et que nous ne pouvons enregistrer parce que vérifiée seulement avec le séparateur de Luys).

OBSERVATION XII

**Urétéro-pyéloplastie. Echec : fistule persistante.
Urétéro-pyélonéostomie : la fistule se ferme.**

KROGIUS. (*Centralbl. f. Chirurgie*, 1902, S. 684.)

Homme 21 ans. Depuis l'enfance, douleurs dans la région lombaire gauche, avec vomissements. Dans ces dernières années, les crises devinrent plus fréquentes et s'accompagnèrent plusieurs fois d'hématuries. Dans le flanc gauche,

tumeur fluctuante qui, en dedans, arrive presque jusqu'à la ligne médiane, en bas, à la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure. Urines claires, pas d'albumine.

20 avril 1901. Néphrostomie et urétéro-pyéloplastie. Mise à nu et ponction de la poche d'où s'écoule 1 litre 1/2 de liquide. Incision du parenchyme rénal assez aminci. L'uretère, à son extrémité supérieure, est coudé sur une bride, s'étendant de la ligne médiane au hile du rein et constitué par une artère ou une veine. Cette bride, formée vraisemblablement par un faisceau inférieur des vaisseaux du rein, est sectionnée entre deux ligatures. La libération des adhérences permet de redresser l'uretère, mais celui-ci tend à reprendre spontanément sa position coudée. Urétéroplastie à la Heinecke-Mikulicz, après s'être assuré de la perméabilité de l'uretère. Drainage du rein. Suture partielle de la paroi. A la suite de cette opération, fistule lombaire urinaire.

15 septembre. Seconde intervention qui montre l'uretère coudé comme lors de la première opération; urétéro-pyélonéostomie et guérison clinique. (Nous n'enregistrons pas bien entendu cette guérison parmi les observations de succès vérifiés d'urétéro-pyélonéostomie.)

OBSERVATION XIII

Tentatives d'urétéro-pyélo-néostomie. Néphrectomie immédiate.

MORIS. (*British med. Journ.*, I, 1898, p. 875.)

En 1897, j'ai opéré une femme de 56 ans pour une hydro-néphrose intermittente douloureuse, et j'ai cherché l'uretère cheminant obliquement dans la paroi du bassin distendu. Dans ce cas, j'abouchai largement l'uretère et le bassin l'un dans l'autre et suturai les bords divisés de l'uretère à ceux du bassin. Le résultat ne fut pas satisfaisant, de telle sorte que je réséquai un pouce ou davantage de l'uretère, fermai la plus grande partie de l'incision du bassin et alors suturai l'uretère au point le plus déclive. Cette fois

encore le résultat ne me parut pas satisfaisant, de telle sorte que, pour éviter d'une part une fistule et une longue convalescence, d'autre part une néphrectomie secondaire, je fis immédiatement la néphrectomie. Mais si la malade avait été plus jeune ou plus robuste, j'aurais tenté la chance avec l'opération plastique, même avec un uretère d'un aussi petit calibre.

OBSERVATION XIV

WOECKER. (Weinberg, loc cit., *Beitrage zur Kliniq. chir.*, t. 72, p. 772.)

Femme 18 ans. Hydronéphrose à gauche. Pyéloplication et réimplantation de l'uretère. Guérison opératoire. Revue au bout d'un an : cathétérisme de l'uretère gauche ; il ne s'écoule pas d'urine. Néphrectomie secondaire, montrant l'oblitération de l'uretère au niveau de l'anastomose.

OBSERVATION XV

Urétéro-néphro-néostomie. Oblitération de l'uretère à la place de l'opération. Néphro-urétérectomie.

TUFFIER. (*Presse médicale*, mars 1904, p. 201.)

Femme 44 ans. Souffrant depuis cinq ans d'accidents douloureux et intermittents dans la région lombo-iliaque droite. A cause des accidents lithiasiques nets, de l'ictère et de l'absence de tout passé urinaire, le diagnostic fut celui de coliques hépatiques.

12 mai 1908. Laparotomie sur le bord externe du grand droit. Pas de trace de calcul au niveau de la vésicule biliaire distendue. L'exploration de la face antérieure du rein fait constater une tuméfaction lisse, fluctuante, qui ne peut être que le bassinnet distendu. Incision du péritoine prérénal et ponction du bassinnet. La poche, vide, est dénudée sur toute sa face antérieure. C'est bien le bassinnet, auquel est annexé, en dehors un rein flasque, allongé, aminci. En dedans, l'uretère, très mince et très petit, aborde le bassinnet

à l'union de son tiers supérieur et de ses deux tiers inférieurs; il ne peut donc pas servir à son évacuation complète. En outre, il est tellement atrophié à ce niveau qu'il ne faut pas songer à faire des anastomoses latérales entre l'uretère et le bassinet.

Section de l'uretère au-dessous de la couture; fermeture du bassinet par deux plans de suture et implantation de l'uretère, sectionné transversalement, et dont l'orifice est agrandi par une incision longitudinale au pôle inférieur du rein, dont la paroi à ce niveau ne mesure pas plus de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. On place dans l'uretère une sonde dont l'extrémité supérieure fait saillie dans l'intérieur du bassinet, à travers l'orifice fait au pôle inférieur du rein, puis une suture de soutien entre la tunique externe de l'uretère et le parenchyme du rein lui-même. La sonde est saisie dans la vessie avec une pince et amenée à l'extérieur à travers le méat urétral. Suture de la paroi; drainage transpéritonéal antérieur. Suites remarquablement simples.

16 mai. La sonde urétérale est retirée.

Le 20 mai, les fils sont enlevés et, à partir de ce moment, la quantité totale des urines devient normale. Cependant la malade accusait un peu de pesanteur à la région lombaire; or à l'examen, on ne peut trouver ni augmentation de volume du rein ni douleur à la pression.

« Voulant m'assurer que le résultat était bien complet, ayant gardé un certain scepticisme à l'égard de ces anastomoses, je disais à mes élèves que l'écoulement d'urine normale par la vessie ne prouvait rien et que, si l'uretère était oblitéré, j'aurais, en somme, un succès aussi complet; comme le prouve l'étude expérimentale de la ligature complète et aseptique de l'uretère. Donc, pour me rendre un compte exact du résultat, je priai M. Luys, le 11 juin 1903, de faire la séparation intravésicale des urines. »

Le rein gauche donnait la totalité de l'urine (9 cc.); le rein droit n'en donnait que quelques gouttes (1 cc.).

Un deuxième examen, le 23 juillet, donne les mêmes résultats. La malade part en assez bon état.

Octobre. La malade revient, accusant toujours et seulement une pesanteur lombaire. Pas de tuméfaction.

Nouvelle séparation des urines par M. Luys. On constate avec satisfaction, mais aussi étonnement, que les deux reins fonctionnaient normalement et que les deux urines avaient une composition identique.

Ce résultat fut attribué à l'emploi, pour ce dernier examen, d'un séparateur d'un nouveau modèle, d'ailleurs abandonné depuis, car cette constatation cadrerait trop mal avec l'état général de la femme, qui ne s'était pas amélioré suffisamment; elle restait souffrante, avec peu d'appétit, et le régime lacté longtemps continué n'avait amené aucune sédation dans ces accidents.

14 octobre. Incision lombo-abdominale. On trouve le rein distendu dans sa portion intrathoracique, du volume du poing, entouré d'une périnéphrite ayant pris son développement dans la cavité thoracique, si bien qu'il n'était pas perceptible à la palpation. Oblitération complète au niveau de l'anastomose. Néphro-urétérectomie. Guérison sans incident. Depuis, santé florissante.

L'examen de la pièce montra une oblitération complète de la néostomie par un bouchon fibreux d'une épaisseur de 1 centimètre au moins.

OBSERVATION XVI

Urétéro-pyélo-néostomie. Fistule récidivante. Néphrectomie montrant l'oblitération de la néostomie.

M. ROCHET. (Société de Chirurgie de Lyon, 15 février 1906, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1909, p. 117.)

Jeune fille 29 ans. Néphrostomisée il y a quatre ans, pour hydronéphrose remontant à la première période de la vie. Fistule persistante.

DEUXIÈME OPÉRATION. — Un an après, incision du rein. Le bassin et le pôle inférieur du rein étaient confondus et transformés en une poche volumineuse formant clapier, car l'uretère s'abouchait à six ou sept centimètres au-dessus d'elle.

Uretère ni atrophié, ni coudé, ni enserré. Une sonde de gros calibre est conduite dans son intérieur à travers le

rein et poussée jusque dans la vessie, et attirée ensuite au dehors de l'urèthre. On la laisse à demeure, comptant, par ce cathétérisme longtemps prolongé et assurant l'évacuation du rein, guérir peut-être la fistule. Malheureusement, quelques jours après l'opération et lors d'un pansement, un aide ignorant arracha cette sonde avec le pansement lui-même.

TROISIÈME OPÉRATION. — Quelques temps après, urétéro-pyélo-néostomie. Section de l'uretère un peu au-dessous de son attache rénale. Anastomose du bout périphérique avec une bouche faite sur le point le plus déclive de la poche inférieure du rein. L'uretère avait été fendu au préalable dans le sens de la longueur, sur une étendue de un centimètre, de façon à mieux l'aboucher avec la poche rénale. Les sutures furent soignées le mieux possible et une sonde urétérale fut laissée pendant quelques jours dans l'uretère jusqu'au delà de la suture, en la faisant ressortir par la plaie. Tout parut bien aller pendant les premiers temps de cette troisième opération. Les urines étaient montées de 700 ou 800 grammes à 1200 et 1500 grammes. La séparation, faite un mois après, avait montré de l'urine des deux côtés. Enfin, la fistule semblait vouloir se fermer, et, cinq à six mois après, ne donnait que très peu d'urine. Parfois même la malade restait un ou deux jours sans perdre de ce côté. Mais il demeurait impossible de faire pénétrer par la vessie une sonde urétérale jusque dans le rein. La sonde s'arrêtait toujours près du rein sans y entrer. Dans ces derniers temps, la fistule s'était remise à donner avec plus d'abondance. La malade désire en être débarrassée.

Janvier 1906. Néphrectomie. La bouche anastomotique était complètement oblitérée.

OBSERVATION XVII (résumée)

**Urétéro-pyélo-néostomie. Oblitération de l'anastomose.
Néphrectomie.**

RIEDEL. (Grohé, *Langenbeck's Archiv*, Bd 66, p. 204.)

Homme 30 ans. Depuis 1883, coliques rénales droites.

Depuis quelques temps, hématurie, fièvre, douleurs violentes, tumeur perceptible dans la région rénale droite.

9 septembre 1897. Néphrotomie d'un rein triplé de volume.

24 septembre. Deuxième intervention. Uretère coudé à deux ou trois centimètres au-dessous du bassin et très rétréci à ce niveau. Résection de l'uretère sur trois centimètres et suture au pôle inférieur du bassin.

Oblitération de la suture.

7 novembre. Néphrectomie, guérison.

OBSERVATION XVIII (résumée)

Urétéro-pyélo-néostomie. Fistule uropurulente. Néphrectomie trois semaines après.

RIEDEL. (Grohé, *Archiv f. Klin. Chir.*, Bd 66, p. 200.)

Femme 50 ans. Depuis l'âge de 20 ans, souffre côté gauche, coliques rénales avec rétention d'urine. Hématuries, douleurs vésicales. A la pression, région rénale gauche douloureuse sans tumeur perceptible. Urines un peu troubles.

26 septembre 1891. Opération. Incision lombaire. Grande poche formée par le bassin. L'uretère dévié en haut est sectionné à son origine. Ouverture du bassin et suture de l'uretère au pôle inférieur. Résection du bassin. Drainage.

L'urine s'écoule par la plaie, elle est purulente.

13 octobre. Néphrectomie, guérison.

OBSERVATION XIX

Urétéro-pyélo-néostomie. Echec vérifié par cathétérisme un an après.

VOELCKER. (Weinberg, *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1911, p. 779, *Ref. Journ. de chir.*, 1911, p. 692.)

Femme de 41 ans. Hydronéphrose gauche. Réimplantation de l'uretère à la partie déclive. Guérison opératoire. La malade est revue au bout d'un an : cathétérisme de l'uretère gauche, il ne s'écoule pas d'urine.

OBSERVATION XX (résumée).

Urétéro-pyélo-néostomie. Echec, fistule persistante.

BARDENHEUER. (Cramer, *Centralb. f. chir.*, 1894, S. 1145.)

Homme 49 ans. Douleurs du flanc droit depuis quatre ans. Huit jours avant son entrée, après un effort violent, douleur très vive et apparition d'une tumeur diagnostiquée hydro-néphrose.

24 mars 1893. Incision postérieure (volet de Bardenheuer), ponction de la poche contenant quatre litres de liquide chocolat. Néphrotomie : il reste un peu de tissu rénal, l'uretère passe sur la face antérieure de la poche. Ni dilaté, ni épaissi, ni rétréci. Section transversale et abouchement au point déclive. Sutures.

Après l'opération la quantité d'urine monte de 500 à 1000 grammes. Urines troubles.

Trois semaines après, quantité normale d'urine claire.

19 juillet 1893. Le malade sort avec avec une fistule d'où sort un peu de liquide alcalin.

Septembre 1893. Bon état général. Fistule persistante.

OBSERVATION XXI

Anastomose latérale de l'uretère.

Rétention et fistule persistante. Néphrectomie secondaire.

ALBARRAN. (Gosset, thèse, p. 147.)

Femme. Entrée le 17 février 1899. Le 11 septembre 1898 a été prise brusquement de vomissements qui ont persisté depuis le soir jusqu'au lendemain à midi.

Violentes douleurs dans la région rénale droite. La malade constate alors une tumeur dans le côté droit. Les urines furent, à cette époque, très épaisses et même purulentes, jamais hématuriques. Le 16 septembre, néphrotomie transpéritonéale dont on voit actuellement la cicatrice à droite avec fistule uropurulente.

A l'entrée, le cathétérisme de l'uretère droit, suivi d'injection de liquide dans le rein, détermine la formation d'une poche flasque qui n'est autre que la poche rénale.

15 avril 1899. Anastomose latérale de l'uretère, dans des conditions désavantageuses. Le rein, fixé en avant, ne se laisse pas amener dans la plaie.

22 mai. On retire la sonde urétérale.

30 mai. Cathétérisme de l'uretère droit, car la malade fait de la rétention; la sonde pénètre probablement jusque dans le bassin, mais non à travers l'anastomose. Le cathétérisme est donc négatif.

31 mai. Il s'est formé une légère fistule lombaire; débrièvement, il s'échappe au moins 150 gr. d'urine mélangée à du pus. Drainage et lavage. Mais la rétention ne cesse pas.

15 juin. Néphrostomie.

6 juillet. Néphrectomie lombaire sous-capsulaire par morcellement.

13 août. Sortie à peu près cicatrisée.

OBSERVATION XXII

Hydronéphrose sous-capsulaire. Néphrostomie. Infection de la poche. Anastomose latérale de l'uretère. Echec, fistule persistante.

ALBARRAN. (Gosset, thèse 1900, p. 147.)

Jeune fille 12 ans. Entre le 5 mai 1899. En 1896 et 1897, deux crises douloureuses. Vers la fin de la deuxième, douleur extrêmement violente durant cinq à six minutes dans la région antérieure de l'hypocondre gauche. Depuis, nouvelles crises avec vomissements, à intervalles irréguliers. Ces crises consistent uniquement en douleurs et vomissements. Jamais rien d'anormal dans les urines: ni troubles de la miction ni graviers, jamais de fièvre. Le 9 février 1899, les 17, 18, 19, nouvelles crises. Le 19, à la fin de la crise, urines légèrement troubles (sels ou pus?). Quatre ou cinq jours après le médecin de l'enfant remarque, à la partie antérieure de l'hypocondre gauche, une petite tumeur qui disparaît spontanément après quelques jours de repos, puis

qui reparait et augmente peu à peu. En mai 1899, on trouve à l'examen une tumeur volumineuse occupant l'hypocondre gauche et venant faire saillie sous la peau de l'abdomen qu'elle soulève sous forme de deux grosses bosselures étagées l'une au-dessus de l'autre.

11 mars 1899. Néphrotomie (Kirmisson).

Hydronéphrose sous-capsulaire. Incision du rein : il s'écoule une petite quantité de liquide. Jusqu'au 5 mai, la malade se porte bien, mais la fistule donne encore passage à une grande quantité d'urine.

5 mai. Entrée à Necker. Vaste poche de 10 centimètres de profondeur. Suppuration abondante.

24 mai. Anastomose latérale de l'uretère. La sonde urétérale s'étant déplacée dans les premiers jours après l'opération, on l'enlève. La malade sort le 10 juillet.

Décembre 1903. Séjour à Necker. On essaye de faire fermer la fistule par la sonde à demeure, sans y parvenir.

Juin 1904. L'enfant n'a plus souffert depuis l'opération. Fistule urinaire persistante. Port d'un appareil en caoutchouc.

OBSERVATION XXIII

Anastomose latérale. Néphrectomie secondaire. Oblitération de l'anastomose.

(Thèse MICHEL, page 200.)

M. Marion a fait une anastomose latérale de l'uretère au bassin, dans un cas d'hydronéphrose, avec un résultat nul. « J'ai dû enlever le rein par la suite, nous écrit-il, et j'ai constaté que, si l'anastomose avait bien tenu, il s'était produit un rétrécissement de la nouvelle bouche que j'avais faite pendant très large. »

OBSERVATIONS D'ÉCHECS INDÉPENDANTS DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

1° **Mort par infection**, trois cas :

Observation XXIV (LEGUEN).

Observation XXV (WÆLCKER).

Observation XXVI (BAZY).

2° **Mort par urémie**, deux cas :

Observation XXVII (KRÖNLEIN).

Observation XXVIII (HELPERICH).

3° **Mort par hémorragie**, un cas :

Observation XXIX (SCHLÖFFER).

4° **Mort sans cause décelée**, un cas :

Observation XXX (SCHEEDE).

5° **Néphrectomie secondaire à nécrose du rein**, un cas :

Observation XXXI (HELPERICH).

6° **Néphrectomie secondaire à fistule urinaire ou néphrostomie** (toute opération étant contre-indiquée), quatre cas :

Observation XXXII (M. DURAND).

Observation XXXIII (M. DURAND).

Observation XXXIV (M. ROCHET).

Observation XXXV (M. ROCHET).

7° **Néphrectomie primitive**, toute opération conservatrice étant impossible, deux cas :

Observation XXXVI (WELLER VAN HOOK).

Observation XXXVII (M. ROCHET).

OBSERVATION XXIV (résumée)

Urétéro-pyélo-anastomose. Infection par accident au cours de l'opération. Mort un mois après.

LEGUEU. (Congrès internat. de 1900. Sect. de Chir. urin., p. 46.)

Homme 30 ans. Enorme hydronéphrose gauche. Cathétérisme de l'uretère facile. Il évacue trois litres et quelques cents grammes d'urine. Puis sonde à demeure pour permettre à la poche de revenir sur elle-même. Au bout de trois jours, les urines se troublent, la fièvre apparaît. Urétéro-pyélo-anastomose par voie abdominale. Pendant l'opération une bouche de chaleur dans la salle d'opérations envoie subitement un nuage de suie qui couvre tout : opéré, instruments, opérateur. Soit infection par cette cause, soit propagation de l'inflammation de la poche au péritoine, péritonite et mort au bout de quelques jours.

OBSERVATION XXV (résumée)

Urétéroplastie. Infection. Mort.

VOELCKER. (Weinberg, *Beitrag zur Klin. chir.*, 1911, p. 779.)

Homme 51 ans. Hydronéphrose gauche. Urétéroplastie par voie lombaire. Mort d'infection un mois après.

OBSERVATION XXVI (résumée)

Urétéro-pyélo-néostomie. Rein unique. Infection. Mort quinze jours après.

BAZY. (*Revue de Chir.*, 1897, p. 410.)

Homme 48 ans. Vu le 13 octobre 1896, a uriné pour la dernière fois le 10 octobre au soir. Passé lithiasique assez net remontant à six ans, actuellement rein droit très nettement senti, globuleux débordant les fausses-côtes, rein gauche non perçu; après quatre jours d'anurie absolue, n'ayant pas cédé à la révulsion intervention le 14 octobre. On trouve un sillon divisant le rein en deux reins secondaires avec un seul bassinnet dilaté. On fend le bassinnet qui contient

un vieux caillot enrobant un calcul d'oxalate de chaux gros comme une cerise. Le caillot s'engageait dans l'uretère, l'uretère était coudé et tortueux mais perméable à une bougie n° 14. Urétéro-pyélo-néostomie.

Hémorragie. Suites opératoires : l'urine sort par plaie, température 37°5, pouls 56.

Puis la température monte les jours suivants à 38°, 39°2, le pouls de 90 à 104. Quelques mictions par l'urètre donnent un peu d'urine mélangée de pus et de caillots.

31 octobre. Mort évidemment d'accidents infectieux. « Je ne doute pas que ce cas n'ait guéri sans cet accident. »

OBSERVATION XXVII (résumée)

Hydronéphrose congénitale. Anastomose latérale de l'uretère.

Mort par urémie (le rein opéré seul était fonctionnellement bon).

KRÖNLEIN. (Wyss, *Beitrage z. Klinisch. Chir.*, Bd. 32, S. 139.)

Enfant 6 ans. Arrivé le 6 février 1901. Depuis sa naissance, abdomen distendu. Quatre mois avant son entrée, néphrite. Jamais de coliques, urine toujours claire. Dans la partie supérieure droite de l'abdomen, tumeur mobile arrondie, grosse comme un point d'adulte. Le rein gauche n'est pas senti. Urine 2,700 centimètres cubes, de densité 1.010, d'ailleurs normale.

Diagnostic : Hydronéphrose congénitale.

4 mars 1901. Néphrostomie par voie lombaire. Rein légèrement mobile, long de 15 centimètres ; à ses deux extrémités se trouve encore une notable quantité de parenchyme. L'uretère, de la grosseur d'un crayon, s'insère obliquement.

A la place du rein gauche se trouve seulement un restant d'organe gros comme une petite balle. Incision du rein. On ne peut trouver l'orifice urétéral. A un centimètre et demi au-dessous de l'insertion supposée de l'uretère, on fait à ce conduit une incision de sept millimètres de longueur, que l'on suture avec une ouverture semblable faite sur le bassinnet. Une petite sonde en gomme est poussée à travers l'anastomose, jusque dans la vessie et ressort par la plaie lombaire. Suture du rein et de la paroi. Mort par urémie au deuxième jour. Rein gauche atrophié, dégénéré,

OBSERVATION XXVIII (résumée)

Anastomose latérale. Mort d'urémie neuf jours après.

HELFFERICH. (*Enderlen-Deuts. Zeitsch. f. Chir.* Bd, 43, S. 323).

Fille 25 ans. Depuis trois mois tumeur lombaire gauche qui augmente. A l'examen, tumeur fluctuante allant jusqu'à l'ombilic, rein droit paraît normal, urines claires, trace d'albumine, le volume de la tumeur varie en raison inverse de la quantité d'urine émise qui va de 800 à 1.000 grammes.

13 novembre 1895. Opération. Ponction du rein, donne 250 grammes de liquide clair, l'uretère laisse passer une fine sonde et fendu dans sa portion initiale mais sans être séparé du bassinnet est anastomosé à la partie déclive de celui-ci. Suture, mèches.

Suites opératoires. Le pansement est souillé d'urine tous les jours, diarrhée rebelle fétide, pouls 140, vessie vide, mort au neuvième jour dans la somnolence alternant avec le délire.

Autopsie. Pus dans la loge rénale, pus dans les calices. Rein gauche à peu près détruit, rein droit réduit à une coque, son uretère oblitéré près du bassinnet sur un centimètre. (Le cathétérisme des uretères n'avait pas été fait avant l'opération.)

OBSERVATION XXIX (résumée)

**Hématonéphrose intermittente gauche. Urétéro-pyéloplastie.
Mort dans le collapsus par suite d'hémorragie.**

SCHLOFFER. (*Kroiss, Beitr. z. Klinisch. Chir.*, 1908, S. 515.)

Homme. Douleurs dans le côté gauche depuis très longtemps, par crises violentes depuis deux ans surtout, avec vomissements et émission d'urine rouge foncé

En mars 1906, crise d'une heure, mais sans modification de l'urine.

Depuis janvier 1907, crises toutes les trois semaines environ et hématurie une heure après la crise. En même temps apparaît une tumeur du flanc gauche qui disparaît pendant les crises.

17 avril 1907. A l'inspection, homme pâle, amaigri. A la palpation, tumeur très sensible allant des fausses côtes à l'épine iliaque et à la ligne médiane ; fluctuante.

25 avril Cystoscopie. Cathétérisme à gauche, dépasse pas 15 centimètres et ne donne pas d'urine. L'uretère droit cathétérisé deux jours après, donne quelques gouttes d'urine claire, puis teintée de sang.

29 avril. Opération. Hydronéphrose hématique, grosse comme une tête d'homme ; il s'écoule 1 litre 1/2 de liquide. L'uretère inséré au point déclive présente un rétrécissement circulaire à ce niveau. Cathétérisme jusqu'à la vessie, montre uretère normal : urétéro-pyéloplastie. Hémorragie pendant l'opération difficilement arrêtée par la compression. Mort huit heures après l'opération dans le collapsus.

OBSERVATION XXX (résumée)

Urétéro-pyélonéostomie. Mort sans cause deux jours après.

SCHAEDE. (Schmieden, *Deuts Zeits. f. chir.* Bd. 62, S. 271.)

Garçon 6 ans. On fit une néphrostomie et une urétéro-pyélonéostomie pour hydronéphrose, mourut deux jours plus tard soudainement, sans cause évidente. L'autopsie même n'éclaircit rien. On trouva, comme seule chose anormale, un caillot de sang gros comme une noix dans le bassinnet.

OBSERVATION XXXI (résumée)

Urétéro-pyélonéostomie. Nécrose du rein. Néphrectomie. Guérison.

HELPERICH. (Christensen, th. de Kiel, 1902, p. 7.)

Fillette 12 ans. Souffre depuis janvier 1901 ; fin 1901 on constate une tumeur rénale gauche. Hydronéphrose permanente diagnostiquée.

20 février 1902. Incision oblique, rein augmenté de volume, bassinnet dilaté ; à son pôle inférieur naît un uretère rétréci, courbé en spirale et fixé par des adhérences. La naissance de l'uretère est croisée par un gros vaisseau qui va du pôle inférieur du rein. Section de ce vaisseau. Pendant que l'on attire le rein au dehors, redressement de l'uretère ;

la poche s'est vidée en grande partie. L'uretère est rétréci à sa jonction au bassinét, une sonde introduite dans la lumière urétérale le déchire circulairement. Section franche de l'uretère, suture au point déclive. Sonde dans l'uretère, drain dans le bassinét. Pendant ce temps, le pôle inférieur du rein est devenu bleu foncé.

28. février. Pôle inférieur du rein nécrosé.

4 mars. Fièvre 38° 8, vomissements, céphalée, néphrectomie, abcès rénaux nombreux. Guérison.

OBSERVATION XXXII

Néphrostomie. Fistule persistante. Néphrectomie. Guérison.

M. DURAND. (Société de Chir., Lyon 1906.)

Enfant 13 ans. Entre à l'hôpital en mars 1905 pour lésion abdominale datant à peu près de sa naissance. Crises douloureuses tous les deux ou trois mois pendant deux ou trois jours, siégeant dans les lombes, à gauche, avec vomissements et malaise général. Pas de modification du côté des urines. Volumineuse tumeur lombo-abdominale gauche. Après une grippe il y a quelques semaines, mictions fréquentes, urines albumineuses, altération de l'état général.

A l'entrée, tumeur donnant le ballonnement rénal, etc... Les modifications de volume de la tumeur étaient parallèles à des modifications de la quantité de l'urine des vingt-quatre heures de 400 à 1100 grammes. Diagnostic d'hydronéphrose congénitale.

Intervention 12 avril 1905, par MM. Rochet et Durand. Rein volumineux. Vaste poche contenant de l'urine limpide, mais nulle part trace d'orifice urétéral. La recherche systématique de l'uretère conduit sur une autre poche, qui était le bassinét. Sa dilatation était faible, il contenait à peine un demi-verre d'urine, l'autre poche près d'un litre; il n'y avait aucune communication entre les deux cavités, dont la plus grande était creusée en pleine substance rénale.

Le calibre de l'uretère n'était nullement modifié. Son orifice ne présentait ni valvule ni rétrécissement. Aucun obstacle sur le trajet de l'uretère, mais une double courbure de forme S à sa sortie du bassinét, une sonde passe très

facilement, néanmoins il y a donc lieu de supposer qu'il s'agit d'une malformation congénitale du rein et non de l'uretère.

On se contenta donc de mettre une sonde dans l'uretère pour redresser ses courbures et de fixer la poche intrarénale à l'incision. Celle-ci après l'opération se ferme rapidement; la poche pyélique au contraire se maintient longtemps ouverte et donne abondamment de l'urine, qui devient un peu purulente. L'urine vésicale se trouble aussi, production d'un calcul phosphatique par l'extrémité vésicale de la sonde. Un lithotriteur ramène la sonde et des incrustations calcaires.

La fistule lombaire persiste.

Néphrectomie le 11 janvier 1906.

Décollement laborieux, adhérences de la poche de tous côtés, péritoine, côlon, pancréas, colonne vertébrale. Après plus d'une heure on parvient à grand'peine, mais sans accidents à terminer l'opération; pince à demeure sur le pédicule qu'on ne peut lier. L'exploration de la cavité pyélique montre que son volume a considérablement augmenté, triplé de volume. La poche intrarénale a disparu, le rein réduit à une coque. Guérison complète par la suite.

OBSERVATION XXXIII

Fistule de l'hypocondre gauche. Néphrectomie. Guérison.

M. DURAND. (Société Chirurgie, Lyon, février 1906, in *Lyon Médical*, 1906, p. 784.)

Femme, 62 ans, opérée en 1904 pour kyste du pancréas par la voie abdominale, il s'ensuit une fistule de l'hypocondre gauche, mais le liquide n'avait pas de caractères urinaires. M. Durand intervint le 7 février 1905, car cette femme se cachectisait.

On décolle la poche adhérente au péritoine, on l'attire au dehors et continue le décollement qui amène sur le pancréas; la tumeur est enchassée dans la queue de cet organe et on la dissèque aux ciseaux pour l'en extraire.

Dans la cavité laissée par l'opération on aperçoit deux cordons tubulés, l'un est l'uretère, l'autre l'artère rénale momentanément obturée et d'où jaillit au cathétérisme un flot de sang, ce qui la fit reconnaître.

L'examen histologique de la poche montra une hydronéphrose.

Guérison sans accidents.

OBSERVATION XXXIV.

Néphrostomie d'urgence. Fistule. Néphrectomie. Guérison.

M. ROCHET. (Société de Chir., 1906, in *Lyon Médical*, 1906, p. 784.)

Jeune homme, 17 ans, opéré en 1905 pour énorme tumeur menaçant de se rompre, néphrostomie d'urgence. On essaie de cathétériser l'uretère qui paraît normal, par l'orifice de néphrostomie. Suites opératoires, fistule persistante pendant un an et alors néphrectomie.

Examen de la pièce : dilatation des calices et du bassinet caractéristique d'une hydronéphrose à son degré le plus avancé, mais outre cela, le rein est bourré de kystes allant du volume d'un pois à celui d'une noix. Possibilité donc d'association de kystes du rein avec certaines hydronéphroses. Ces faits ressortent d'une malformation congénitale de la substance rénale et de ses premières voies d'excrétion.

OBSERVATION XXXV (inérite)

Fistule urinaire abdominale. Néphrectomie en deux temps. Guérison.

M. le Professeur ROCHET.

A..., jeune soldat, opéré au front en 1914 pour une crise abdominale très douloureuse et qu'on prit pour une appendicite. Le malade avait déjà eu autrefois des crises douloureuses dans le côté droit et une observation plus attentive montra qu'il s'agissait de rétention rénale ; mais comme la poche pointait manifestement du côté abdominal, le chirurgien l'avait ouverte par une incision sur le côté externe du grand droit.

Il sortit (paraît-il, car l'observation est difficile à reconstituer) de l'urine et du pus. Le malade n'ayant pas eu de cause nette d'infection rénale et en raison des crises anciennes éprouvées de ce côté il faut penser plutôt à une

hydronéphrose ancienne, infectée pendant la guerre. Quand il arriva au centre d'urologie, en mars 1915, ce jeune soldat était porteur d'une fistule urinaire au niveau de l'incision abdominale qui donnait une urine claire et abondante.

La cystoscopie montra un rein et un uretère gauche tout à fait sains, du côté droit le cathétérisme fut impossible ; la sonde entra dans le commencement de l'uretère, mais pas plus loin, soit que cet uretère fut atteint d'un rétrécissement ancien soit qu'il se fut atrophié après la fistulisation.

Première intervention en juillet 1915, par une incision proche de l'ancienne. Par suite d'adhérences multiples de la poche rénale au péritoine, gros intestin, on dû faire comme on pu une ablation par morcellement. Il n'y avait presque plus de parenchyme rénal proprement dit, mais une poche de dimension considérable (deux poings d'adulte), avec diverticules sous le foie, vers la colonne vertébrale, etc. On ne put enlever la totalité de la poche et on fut obligé de laisser une pince à demeure sur la moitié supérieure de celle-ci en raison d'une hémorragie.

Après cette opération l'écoulement urinaire diminue notablement, mais la fistule persiste quand même.

En novembre 1915, M. Rochet avec M. Siraud fit une deuxième opération pour enlever ce qui restait de la poche.

Incision plus en arrière que la précédente, à peu près l'incision lombaire de la néphrectomie ordinaire pour éviter l'intestin qui avait gêné la première intervention. On sculpte la poche prudemment, l'attirant à mesure au dehors, on la libère peu à peu de la face postérieure du côlon ascendant à laquelle elle adhère presque complètement ; la poche se prolongeant aussi très profondément sous le foie, on fit le même travail de libération lente avec tractions progressives de la poche.

On redouble de précautions près de gros vaisseaux du pédicule et de la veine cave. Finalement on arriva sans accidents à l'enlèvement presque complet, sauf cependant un tout petit débris qu'on fut obligé de laisser près de la veine cave.

La guérison cette fois eut lieu presque complètement, c'est-à-dire que le malade conserva encore pendant quel-

ques mois une très légère fistulette urinaire qui donnait deux à trois gouttes d'urine deux ou trois fois par semaine, en octobre 1916.

Le malade fut proposé pour la réforme, la fistule est maintenant complètement bouchée.

Evidemment dans ce cas-là la néphrectomie était la seule méthode à employer, et la découverte de la poche, de l'état du rein montra bien qu'il s'agissait d'une vieille hydro-néphrose.

OBSERVATION XXXVI (résumée)

Urétéropyélonéostomie. Uretere oblitéré. Néphrectomie immédiate.

WELLER VAN HOOK. (*Journ. of. th Am Med. Assoc.*, 1894, vol. XXXI, p. 911.)

Fistule rénale abdominale après néphrotomie. Incision courbe. On incise la poche ; doigt dans le bassin, l'uretère semble atrophié. Urétérotomie. Incision d'un repli valvulaire suivant la méthode de Küster.

Implantation de l'uretère dans la poche rénale.

Cathétérisme urétérale vers la vessie. Oblitération de l'uretère sur plusieurs points. Néphrectomie immédiate.

OBSERVATION XXXVII (inérite)

Néphrectomie d'emblée. Guérison.

M. le Professeur ROCHET.

G..., officier, 27 ans, porteur depuis plusieurs années d'une grosse hydronéphrose du rein droit avec crises de rétention très douloureuses quand la poche se tendait.

Ce malade, très intelligent, et qui ne voulait pas entendre parler d'opération avait appris à vider lui-même son hydronéphrose quand la poche commençait à se tendre, en se couchant, et faisant alors l'exercice de s'asseoir sur son séant par la seule force de la contraction des muscles abdominaux ; et cela à plusieurs reprises pendant une même séance. Il arrivait ainsi très bien à vider sa poche et répétait ces manœuvres tous les mois environ.

Nous avons pu constater, nous-mêmes, de visu, que la poche se vidait réellement après ces exercices.

Cependant en 1911, le malade eut de nouvelles crises douloureuses très pénibles qui l'obligèrent à demander sa mise en disponibilité et à se décider à l'opération.

Une première opération faite en 1911, au moment d'une forte crise, montre alors un rein hydronéphrotique énorme qui ne put être enlevé en raison d'accidents survenus pendant l'anesthésie. On se borna à ponctionner la poche.

En 1912, un an après, un cathétérisme urétéral ayant montré la valeur fonctionnelle excellente du rein gauche sauf légère albuminurie, l'état général du sujet étant considérablement amélioré, on propose une nouvelle opération et en raison du volume énorme de la poche, grosse comme une tête d'adulte, on ne peut penser à autre chose qu'à une néphrectomie qui fut du reste très laborieuse à cause des adhérences de la poche sous le foie, au voisinage de la veine cave et de la difficulté à faire un pédicule. On pu cependant l'enlever complètement.

Le cathétérisme de ce rein n'avait jamais été possible parce que la sonde n'entrait pas dans le bassinnet ; l'examen de la pièce montra cependant que l'uretère n'était pas oblitéré, mais qu'il s'insérait très haut sur la poche et avec un éperon urétéropyélique très marqué qui devait arrêter la sonde.

Le malade a parfaitement guéri et a repris même du service pendant cette dernière guerre. Cette observation est intéressante :

1° Par la méthode utilisée par le malade pour vider sa poche, alors que la pression directe ne vidait rien du tout ;

2° Au point de vue de l'éperon urétéropyélique à l'embouchure de l'uretère qui aurait pu orienter vers une opération sur cet éperon lui-même, mais la poche était énorme et il fut impossible d'aborder et de découvrir aisément cette embouchure lors des deux opérations. L'uretère était plaqué très profondément sous le pédicule rénal adhérent à la poche et caché par elle et ne pouvait être découvert qu'au-dessous de cette dernière.

L'examen de la pièce avait montré que toute l'épaisseur du rein était transformé en un kyste à deux ou trois grosses loges et que le parenchyme rénal n'existait presque plus macroscopiquement à la périphérie.

CONCLUSIONS

I. La question des résultats éloignés des *interventions dites conservatrices* dans les grosses hydro-néphroses (celles qui sont presque toutes d'origine congénitales) est encore très mal connue, malgré les excellents travaux parus déjà à ce sujet.

II. Une des raisons en est qu'on est pas assez sévère, en général, pour l'apprécier sur le *détail et le contrôle du résultat*.

III. Pour affirmer un succès de la méthode conservatrice, on se contente parfois d'une amélioration clinique, d'un renseignement vague, fourni par le malade, d'un examen incomplet du rein opéré.

IV. Nous demandons, pour apprécier les résultats, des renseignements sûrs, dont les plus importants sont fournis par le cathétérisme urétéral, ou la constatation de visu du résultat anatomique de l'intervention faite autrefois.

V. Etant donné que nous n'avons compté, comme résultats sûrs, que ceux qui sont appuyés sur ces

bases, nous avons trouvé, dans la littérature, comme résultats des opérations conservatrices dirigées contre les grosses hydronéphroses :

- 1° Six résultats bons ;
- 2° Quatre résultats médiocres ou incomplets ;
- 3° Treize échecs du procédé opératoire conservateur ;
- 4° Quatorze échecs tenant à des causes autres que le procédé opératoire lui-même.

VI. La néphrectomie, quand l'état de l'autre rein le permet, paraît devoir être conseillée d'emblée, plutôt que les opérations dites conservatrices.

Le Président de la thèse,
ROCHET.

VU :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VU ET-PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 13 Mai 1919.

POUR LE RECTEUR :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
E. DEPÉRET.

BIBLIOGRAPHIE

- DONATI. — Recherches expérimentales. (Académie de médecine Turin, 1904.)
- DURAND. (Société de chirurgie. Lyon, février 1906. *Lyon Médical*, année 1906, p. 784.)
- H. ELIOT. — Les opérations plastiques dans le traitement des rétentions rénales. (*Journal d'urologie*, 15 février 1913.)
- GARDNER. — Opérations plastiques et anastomoses dans le traitement des rétentions du rein. (Thèse de Paris, 1904.)
- GRÉGOIRE et DUVAL. — Rapport à l'Association française d'urologie, 1906.
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie. (Paris, Alcan, 1910.)
- A. MICHEL. — Traitement conservateur des rétentions rénales. (Thèse de Lyon, 1912.)
- ROCHET. (Société de chirurgie, février 1906. *Lyon Médical*, 1906, p. 784), et cinq observations inédites, inscrites dans cette thèse.
- VERRIÈRE. — Contribution à la chirurgie conservatrice dans le traitement des rétentions rénales. (Thèse de Lyon. 1899.)

Les autres indications bibliographiques sont mentionnées dans le texte ou avec chaque observation.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Définition des hydronéphroses vraies (congénitales).....	9
CHAPITRE II. — Variété de facteurs d'hydronéphroses congé- nitales.....	11
CHAPITRE III. — Opérations conservatrices proposées.....	15
CHAPITRE IV. — Raison de la conservation. Méthodes d'appré- ciation des résultats.....	19
CHAPITRE V. — Résultats immédiats et éloignés. Indications opératoires.....	24
OBSERVATIONS.....	32
CONCLUSIONS.....	69
BIBLIOGRAPHIE.....	71
